

Aus der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie

des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München

Direktor: Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne

Behandlung depressiver Störungen bei Jugendlichen mit einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manual: eine ambulante Fallserienstudie

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Teresa Ariadna García-Grajalva Lucas

aus

Alicante (Spanien)

2020

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Gerd Laux

Prof. Dr. Cornelius Schüle

Mitbetreuung durch den

promovierten Mitarbeiter: Dr. Kathrin Pietsch/ Dr. Belinda Platt

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 01.10.2020

Eidesstattliche Versicherung

García-Grajalva Lucas, Teresa Ariadna

Ich erkläre hiermit an Eides statt,
dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel

Behandlung depressiver Störungen bei Jugendlichen mit einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manual: eine ambulante Fallserienstudie

selbstständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 15.07.2019

Ariadna García-Grajalva Lucas

Ort, Datum

Unterschrift Doktorandin

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Versicherung	III
Inhaltsverzeichnis	IV
Zusammenfassung	VI
Abstract	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
Abbildungsverzeichnis	X
Tabellenverzeichnis	XI
Einleitung	1
Grundlagen und Begründung der Studie	1
Klinisches Erscheinungsbild, Krankheitsverlauf und Epidemiologie der Depression	1
Therapie der Depression im Jugendalter	3
Psychotherapie in der Behandlung der Depression im Jugendalter	5
Fragestellungen	9
Material und Methoden	11
Durchführung	11
Aufklärung und Einverständniserklärung	11
Studiendesign und Studienablauf	11
Patienten	14
Material	15
Beschreibung des Manuals und Anpassung für die Studie	15
Erfassungsinstrumente	25
Datenauswertung und statistische Analyse	29
Ergebnisse	30
Rekrutierung	30
Klinische und soziodemographische Übersicht	31
Klinische Daten zu Wirksamkeit	33
Dimensionale Depressionsmaße: BDI und FBB-DES	33
Kategoriales Depressionsmaß: Kinder-DIPS	42
Globales Depressionsmaß: CGI-I	46
Evaluation der Zufriedenheit nach der Behandlung	48
Diskussion	52
Zusammenfassung	52
Diskussion der Methoden	53
Studiendesign und Manual	53
Patientenkollektiv	56
Diskussion der Ergebnisse	58

Ausblick.....	62
Literatur	63
Anhang	66
Aufklärungsbroschüre für Eltern.....	67
Aufklärungsbroschüre für Jugendliche	68
BDI-II-Fragebogen.....	69
FBB-DES-Fragebogen	71
Normwerte BDI II	74
Kumulierter Anteil an Personen (Gesunde und Depressive) bezogen auf BDI-II Summenwerte.....	74
BDI II Summenwerte für ausgewählte Prozentränge depressiver Patienten und Gesunder	74
Normtabellen Elternurteil FBB-DES bei Jungen	75
Normtabellen Elternurteil FBB-DES bei Mädchen.....	76
Antisuiizidvertrag vor TADS-Behandlung.....	77
Arbeitsblatt „Was ist Depression?“	80
Arbeitsblatt „Leserbrief #2“	82
Arbeitsblatt „Leserbrief #9“	83
Arbeitsblatt „Kognitive Verzerrungen“.....	84
Evaluation der Zufriedenheit nach der TADS-Behandlung	85
Ergebnisse: explorative Datenanalyse.....	86
Berechnungen für Prä-Post-Vergleich: Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test.....	88
Berechnungen für Multiple-Points-Vergleich: Friedman-Test	89
Danksagung	93
Lebenslauf	95

Zusammenfassung

Depressive Erkrankungen stehen an der Spitze der beeinträchtigendsten Gesundheitsprobleme weltweit. Aufgrund des häufigen Beginns im Jugendalter und der gleichzeitig unzureichenden Versorgungsrealität besteht in Deutschland dringender Handlungsbedarf im Bereich der ambulanten Behandlung von depressiven Jugendlichen. Ziel der vorliegenden Pilotstudie war daher, erstmalig das aus der amerikanischen TADS-Studie übersetzte Manual auf seine Wirksamkeit im Rahmen einer ambulanten Fallserie zu untersuchen. Hierfür wurden 12 Patienten im Alter von 13-17 Jahren, bei denen eine depressive Störung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz der Ludwig-Maximilian-Universitätsklinik in München zwischen 11/2014 und 12/2015 diagnostiziert wurde, mit dem ins Deutsche übersetzten TADS-Manual über 8 Wochen behandelt. Die depressive Symptomatik wurde nach jeder Behandlungswoche mittels der Selbst- bzw. Fremdbeobachtungsverfahren BDI-II und FBB-DES erfasst und ergänzt durch eine Überprüfung der diagnostischen Kriterien mittels Kinder-DIPS und einer globalen Beurteilung der Symptomschwere anhand des CGI-I nach der Intervention. Durch die manualisierte Therapie wurde eine signifikante Verbesserung der depressiven Symptomatik in allen untersuchten Parameter erreicht: in der Selbstwahrnehmung (BDI-Medianwerte: 27 zu T_0 vs. 7 zu T_8), in der von den Eltern wahrgenommenen Depressivität (FBB-DES: $Md_{T0} = 0,81$ vs. $Md_{T8} = 0,05$), in einer Reduktion der depressiven Diagnosen von 100 auf 10% (Kinder-DIPS) sowie in einer signifikanten Reduktion der Symptomschwere bei 100% der Patienten (CGI-I). Die Rekrutierung konnte gut im klinischen Alltag der Ambulanz implementiert werden und stieß auf große Akzeptanz bei Patienten und Eltern. Dieses vielversprechende Ergebnis ist ein erster wichtiger Schritt zur Verbesserung der Versorgungslage bei Jugendlichen mit einer Depression.

Abstract

Depressive disorders are one of the most severe health issues worldwide and the global leading cause of disability, as they heavily affect patients' everyday life. Despite a frequent early onset of depressive disorders during adolescence, health-care supply for outpatient treatment of adolescent depression still remains insufficient in Germany. Thus, we see urgent need for action in that field. This pilot study aimed at investigating the effectiveness of the American TADS therapy manual, using its German translation for the first time in the context of an outpatient case-series. Therefore we recruited twelve participants, aged 13-17, who were diagnosed with a depressive disorder at the Child & Adolescent Psychiatric Outpatient Clinic at Munich's LMU University Hospital between November 2014 and December 2015 and treated them using the translated manual for a period of eight weeks. The depressive symptomatology after every therapy week was measured with both instruments BDI-II and FBB-DES and completed with the procedures Kinder-DIPS and CGI-I after the manual treatment. A significant improvement was found for all investigated parameters: a reduction of both self and parental-perceived depressive symptoms (BDI-II/ FBB-DES), a reduction of depressive diagnoses from 100% to 10% (Kinder-DIPS) and a reduction of symptom severity for 100% of the participants (CGI-I). These remarkable results, the uncomplicated implementation of the procedure and the positive feedback of the patients and their parents show that this treatment might contribute to improving outpatient treatment of adolescent depression in Germany.

Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BDI-II	Beck Depressionsinventar, revidiert
CBCL	Child Behavior Checklist
CGI-I	Clinical Global Impression Scale – Improvement
C-SSRS	Columbia Beurteilungsskala zur Suizidalität
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
DISYPS-KJ	Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter
DSM-5	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (V. Revision) - Klassifikationssystem der American Psychiatric Association
EBM	Evidenzbasierte Medizin
FBB-DES	Fremdbeurteilungsbogen für depressive Störungen
ICD-10	Internationale Klassifikation Psychischer Störungen (10. Revision)
IQ	Intelligenzquotient
Kinder-DIPS	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter, Kinderversion
KJP	(Klinik und Poliklinik für) Kinder- und Jugendpsychiatrie
KVT	kognitive Verhaltenstherapie
LMU	Ludwig-Maximilian-Universität
PIA	psychiatrische Institutsambulanz
MAS	Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters
SKT	Soziale-Kompetenz-Training
SSRI	Selektiver Serotoninwiederaufnahmehemmer

TADS	Treatment for Adolescents with Depression Study
WHO	World Health Organization -Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studienablauf und Untersuchungsmethoden.....	12
Abbildung 2: Beispiel Arbeitsblatt „Elternziele“	17
Abbildung 3: Arbeitsblatt “Wie laufen kognitive Verhaltenstherapiesitzungen ab?”	18
Abbildung 4: Beispiel Arbeitsblatt „Gefühlsbarometer“	19
Abbildung 5: Beispiel Arbeitsblatt “Stimmungsbeobachtung”	20
Abbildung 6: Beispiel Arbeitsblatt “Steigerung angenehmer Aktivitäten”	21
Abbildung 7: Beispiel Arbeitsblatt “LAMBADA”	22
Abbildung 8: Beispiel Arbeitsblatt „Drei-Spalten-Technik mit Beispielen“	22
Abbildung 9: Beispiel Arbeitsblatt „Drei-Spalten-Technik mit kognitiven Verzerrungen“	23
Abbildung 10: Beispiel Arbeitsblatt „Realistische Gegengedanken“	24
Abbildung 11: Arbeitsblatt „Zunkünftige Herausforderungen“	25
Abbildung 12: Verteilung der Stichprobe nach Alter	32
Abbildung 13: Verteilung der Stichprobe nach Schulform.....	32
Abbildung 14: Primäre Behandlungsdiagnosen auf Achse I des MAS nach ICD-10.....	33
Abbildung 15: Rohwerte für BDI-II gruppiert nach Fallnummer	34
Abbildung 16: Rohwerte für BDI-II zur Zeit der Anmeldung, der Diagnostik und nach Therapieende	35
Abbildung 17: Rohwerte für FBB-DES gruppiert nach Fallnummer	35
Abbildung 18: Rohwerte für FBB-DES zur Zeit der Anmeldung, der Diagnostik und nach Therapieende	36
Abbildung 19: Zeitlicher Verlauf der BDI-II-Rohwerte in der gesamten Stichprobe	37
Abbildung 20: Prä-Post-Vergleich der BDI-Werte vor und nach der TADS-Behandlung.....	38
Abbildung 21: Zeitlicher Verlauf der FBB-DES-Werte in der gesamten Stichprobe.....	40

Abbildung 22: Prä-Post-Vergleich der Werte im FBB-DES vor und nach der TADS-Behandlung.....	41
Abbildung 23: Diagnose im Kinder-DIPS zum Messzeitpunkt T ₀ , Item “Major Depression”	44
Abbildung 24: Diagnose im Kinder-DIPS zum Messzeitpunkt T ₈ , Item “Major Depression”	44
Abbildung 25: Diagnose im Kinder-DIPS zum Messzeitpunkt T ₀ , Item “Dysthymia”	45
Abbildung 26: Diagnose im Kinder-DIPS zum Messzeitpunkt T ₈ , Item “Dysthymia”	45
Abbildung 27: Einschätzung des Veränderungen im Schweregrads der Depression nach Ende der Behandlung.....	47
Abbildung 28: Ergebnisse der Beurteilungsskalen des Fragebogens zur Evaluation der Therapiezufriedenheit.....	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien einer depressiven Episode nach ICD-10 (Dilling, 2019) ...	2
Tabelle 2: Vor- und Nachteile von Therapiemanualen	6
Tabelle 3: Übersetzung des RIB EYE Kürzels für die TADS-Methode zum Problemlösen ...	16
Tabelle 4: Einschätzung der Depressionsschwere nach BDI-II-Summenwerte.....	26
Tabelle 5: Clinical Global Impression-Severity Scale	28
Tabelle 6: Diagnosen “Major Depression” und “Dysthyme Störung nach Kinder-DIPS-Interview vor und nach der Behandlung	43
Tabelle 7: Veränderung des Gesamt-Krankheitszustands nach Ende der Behandlung (Messzeitpunkt T ₈), beurteilt mit dem Untersuchungsinstrument CGI-I.....	46
Tabelle 8: Ergebnisse der Beurteilungsskalen zur Evaluation der Therapiezufriedenheit.....	49
Tabelle 9: Globale Prävalenz depressiver Störungen im Jahr 2016 (Quelle: GBD Study 2015; http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool)	57

Einleitung

Grundlagen und Begründung der Studie

Klinisches Erscheinungsbild, Krankheitsverlauf und Epidemiologie der Depression

Depressive Störungen gehören nach Schätzung der Weltgesundheitsorganisation zu den gravierendsten Gesundheitsproblemen weltweit hinsichtlich der Anzahl der Betroffenen, der Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität und des daraus entstehenden volkswirtschaftlichen Schadens (WHO, 2017). Mit über 300 Millionen betroffenen Menschen zählen sie zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und werden in beiden gebräuchlichen Klassifikationssystemen psychischer Störungen, der ICD-10 (WHO) und dem DSM-5 (American Psychiatric Association), unter der Kategorie der affektiven Störungen subsumiert. Eine Übersicht der diagnostischen Kriterien einer depressiven Episode, oder *Major Depression* nach DSM-Nomenklatur, ist in Tabelle 1 dargestellt. Nach ICD-10 erfordert die Diagnosestellung einer depressiven Episode, dass die Hauptsymptome (gedrückte Stimmung, Interessenverlust und Freudlosigkeit sowie verminderter Antrieb) über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen andauernd vorliegen. Neben diesen Hauptsymptomen können weitere zusätzliche Symptome auftreten, deren Gesamtanzahl entscheidend für die Klassifikation der Episode nach Schweregrad ist. Dieser lässt sich in “leicht”, “mittelgradig” oder “schwer” genauer unterteilen und wird als vierte Stelle im ICD-10 kodiert.

Grundsätzlich treten unipolare oder bipolare Krankheitsverläufe auf. Innerhalb der unipolaren Verläufe wird zwischen einmaligen Episoden (ICD-10: F32.-) und rezidivierenden depressiven Verlaufsformen (ICD-10: F33.-) unterschieden.

Diagnostische Kriterien einer depressiven Episode nach ICD-10

A) Allgemeine Kriterien

1. Die depressive Episode sollte mindestens zwei Wochen dauern.
2. In der Anamnese treten keine manischen oder hypomanischen Symptome auf, die schwer genug wären, die Kriterien für eine manische oder hypomanische Episode zu erfüllen.
3. Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen oder auf eine organisch psychische Störung zurückzuführen.

B) Hauptsymptome (davon je nach Schweregrad 2 - 3 Symptome)

1. depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend;
2. Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren;
3. verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit.

C) Nebensymptome (je nach Schweregrad soll die Gesamtzahl aus Haupt- und Nebensymptomen 4 - 8 betragen)

1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls;
2. unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle;
3. wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten;
4. Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit;
5. psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung;
6. Schlafstörungen jeder Art;
7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien einer depressiven Episode nach ICD-10 (Dilling, 2019)

Bipolare Verläufe sind gekennzeichnet durch eine Störung der Affektivität mit zumindest einer sogenannten (hypo-) manischen Episode mit gehobener Stimmung und vermehrtem Antrieb (ICD-10: F31.-). Zudem wird unter der ICD-10-Kategorie F34.1 eine als Dysthymia bezeichnete, chronisch depressive Verstimmung leichter Ausprägung über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren beschrieben.

Sehr häufig tritt eine erste depressive Episode bereits im Jugendalter auf (Fombonne, Wostear, Cooper, Harrington, & Rutter, 2001; Kim-Cohen et al., 2003). In Deutschland wird die Anzahl der Heranwachsenden, die bis zum Eintritt in das Erwachsenenalter mindestens eine depressive Episode durchlebt haben, auf mindestens 10% geschätzt (Jost, 2007). Nach Ergebnissen der Bella-Studie treten depressive Störungen in einer bundesweiten Prävalenz von ca. 5% der Kinder und Jugendlichen auf (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge, & Erhart, 2007). Somit ist die Krankheit Depression eine der häufigsten psychischen Störungen im Jugendalter. Außerdem gehen depressive Störungen häufig mit psychiatrischen und organischen Komorbiditäten einher (Essau, 2008).

Therapie der Depression im Jugendalter

Trotz der hohen Prävalenz und der oft schwerwiegenden Folgen für die psychosoziale, schulische und berufliche Entwicklung der Betroffenen, zeichnet sich eine unzureichende Versorgungsrealität ab. Die zwischen 1994-1997 im Großraum München durchgeführte EDSP-Studie ergab, dass über zwei Drittel der an affektiven Störungen erkrankten Jugendlichen und sogar 80% der 14-17-Jährigen mit der Diagnose einer *Major Depression* nach DSM-5, nicht adäquat bzw. gar nicht behandelt waren (Wittchen, 2000). Auch ergaben sich eklatante Differenzen in den Behandlungsquoten zwischen Jugendlichen und Erwachsenen, was eine gravierende Unterversorgung von psychisch erkrankten Jugendlichen widerspiegelt, insbesondere in der ambulanten Versorgung. In einer weiterführenden Studie ergab sich

hinsichtlich der Versorgungssituation auf europäischer Ebene ein ähnlich schlechtes Bild (Wittchen et al., 2011). Psychische Probleme im Jugendalter werden häufig nicht erkannt und nicht ausreichend behandelt. Einzig das Auftreten von suizidalem Verhalten bei an Depression erkrankten Jugendlichen korreliert mit der Wahrscheinlichkeit, eine Behandlung zu erhalten (Essau, 2005). Ohne eine effektive Behandlung der depressiven Störung ist das Risiko für einen rezidivierenden Verlauf und damit einer Chronifizierung bis ins Erwachsenenalter hoch (Jonsson et al., 2011; Weissman et al., 1999).

Angeichts der klinischen und epidemiologischen Relevanz von depressiven Erkrankungen im Jugendalter und der Versorgungsrealität, scheint die Notwendigkeit einer Therapieoptimierung unübersehbar. Dabei stehen mehrere Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, deren Wirksamkeit durch nationale und internationale Studien nachgewiesen wurde. Neben der Pharmakotherapie ist die Psychotherapie, unter anderem die kognitive Verhaltenstherapie (KVT), die Methode der Wahl zur Behandlung von depressiven Störungen im Jugendalter. In der randomisiert-kontrollierten Interventionsstudie “Treatment for Adolescent Depression Study” (TADS) wurden mit über 400 12- bis 17-jährigen Jugendlichen mit depressiven Störungen vier verschiedene Behandlungsarme verglichen. Nach 12 Wochen zeigte sich die Pharmakotherapie mit dem SSRI Fluoxetin hinsichtlich Reduktion der Depressivität der KVT-Intervention überlegen (J. March & Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Team, 2004). Nach 36 Wochen zeigten sich Pharmako- und Psychotherapie mit 81% Verbesserungsquote gleich wirksam, wobei die kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention bessere Ergebnisse bezüglich der Reduktion von Suizidalität und suizidbezogenen Ereignissen aufwies (J. S. March et al., 2007). In der S3-Leitlinie zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen wird einer Psychotherapie Vorrang gegeben (Dolle & Schulte-Körne, 2013). Dies trifft insbesondere bei leichtem bis mittlerem Schweregrad der depressiven Erkrankung zu, da die Psychotherapie gegenüber der Pharmakotherapie als

sicherer bezüglich Suizidalität und unerwünschten Nebenwirkungen betrachtet wird. Bei einer schweren Ausprägung der Depression wird aufgrund der Hypothese eines synergistischen Behandlungseffekts empfohlen, eine Kombinationstherapie zu erwägen. Ein ambulantes Behandlungssetting ist in der Regel ausreichend für depressive, bezüglich Suizidalität absprachefähige Jugendliche mit einer höchstens mäßigen psychosozialen Beeinträchtigung bei sonst adäquatem Funktionsniveau gemäß Achse VI des MAS (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2013).

Psychotherapie in der Behandlung der Depression im Jugendalter

Im Vergleich zu weiteren psychotherapeutischen Interventionsmethoden wie z. B. interpersonelle Psychotherapie oder systemische Familientherapie hat sich die kognitive Verhaltenstherapie über verschiedene Untersuchungen hinweg als die Interventionsmethode mit der besten Evidenz herausgestellt (Brent et al., 1997; Klein, Jacobs, & Reinecke, 2007; Rossello, Bernal, & Rivera-Medina, 2008; Weisz, Weiss, Han, Granger, & Morton, 1995). Die Vorteile von KVT-Interventionen scheinen vielfältig zu sein: kürzere Behandlungsdauer, schnellere Wirkung hinsichtlich Reduktion der Depressivität und ein kostengünstigeres Profil, unter anderem durch einen niedrigeren Bedarf an psychopharmakologischer Mitbehandlung im Krankheitsverlauf. Darüber hinaus weisen KVT-Interventionen einen besseren Einbezug der Eltern depressiver Jugendlichen ins Therapieschehen, sowie nach elterlicher Einschätzung eine solidere therapeutische Allianz auf (Weisz et al., 2009). Wie in den Leitlinien der DGKJP vermerkt, scheinen in der KVT insbesondere folgende Elemente wirksam zu sein (Weisz, McCarty, & Valeri, 2006):

- Fokussierung auf das Erreichen messbarer Ziele und Erhöhen der Fertigkeiten in einem bestimmten, von den Jugendlichen selbst identifizierten Bereich
- Psychoedukation

- Selbstbeobachtung
- soziale Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeiten
- kognitive Umstrukturierung und allgemeine Problemlösefähigkeit
- Verhaltensaktivierung

Ein weiterer Vorteil der KVT ist, dass sich die einzelnen therapeutischen Schritte konkreter formalisieren lassen, weshalb sich KVT-Interventionen auch gut für eine Manualisierung eignen. Ein Therapiemanual bietet eine ausgearbeitete Behandlungsstruktur, welche den Therapeuten als Anleitung dient. Dieser definierte “Behandlungsablauf” ist besonders für wenig klinisch erfahrenen Therapeuten hilfreich. Zugleich werden Therapiemanuale einige Grenzen beigemessen, z. B. eine mangelnde Flexibilität und Individualität. Auch werden Therapiemanuale hinsichtlich Anwenderfreundlichkeit, Attraktivität der Materialien und empirischer Evidenz zuweilen kritisiert. Eine Übersicht der Vor- und Nachteile von Therapiemanualen liefert Tabelle 2 (Manfred Döpfner, Kinnen, & Petermann, 2010).

Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> • Genaue Beschreibung und Operationalisierung des therapeutischen Vorgehens. • Bessere Standardisierung der Intervention für unterschiedlichen Personen, Therapeuten und Settings. • Höhere Kontrolle konfundierender Faktoren. • Bessere Qualitätssicherung und Informationen darüber, ob Interventionen korrekt durchgeführt wurden. • Effiziente Ausbildung der Therapeuten. • Größere Transparenz im therapeutischen Prozess. • Größere Spezifität hinsichtlich therapeutischer Inhalte und Prozesse. • Höhere Compliance des Therapeuten. • Besseres Erlernen und Anleiten von neuen oder weniger trainierten / erfahrenen Therapeuten. • Ökonomie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderung der Spontaneität und Kreativität des Therapeuten. • Geringere Flexibilität; Vorgabe von Behandlungszielen, die u. U. nicht mit denen des Patienten übereinstimmen. • Möglicherweise falsche Anwendung durch Auszubildende und Förderung direktiven Verhaltens. • Eingeschränkte Möglichkeiten, auf individuelle Eigenschaften oder Bedürfnisse des Patienten einzugehen. • Die Funktion und Bedeutung des Therapeuten für den therapeutischen Prozess wird unterschätzt. • Weniger trainierte Therapeuten haben größere Schwierigkeiten, mit komorbiden Störungen oder aufkommenden Problemen beim Patienten zurechtzukommen. • Subjektive Bedeutung psychischer Symptome wird kaum oder eingeschränkter berücksichtigt. • Therapeut kann nur in geringerem Maße auf Unzufriedenheit beim Patienten eingehen.

Tabelle 2: Vor- und Nachteile von Therapiemanualen

Eine manualisierte Therapie bedient die vier zentralen seelischen Grundbedürfnisse nach der Konsistenztheorie (Grawe, 2004). Zum einen wird das Bedürfnis nach Orientierung, Kontrolle und Autonomie bedient, indem ein Therapiemanual mit seinem strukturierten Sitzungsablauf eine Art "Navigationssystem" für den Patienten darstellt. Zweitens wird durch die gemeinsamen Erfahrungen das Bedürfnis nach Bindung mit der therapeutischen Bezugsperson sowie mit den Mitmenschen im Umfeld des Patienten befriedigt. Drittens wird das Bedürfnis nach Selbstwert durch die Fortschritte im Therapieverlauf gestillt. Durch das Erlernen von therapeutischen Fähigkeiten ("Skills") und ihre Übung im Rahmen von "therapeutischen Hausaufgaben" kann sich der Patient selber als kompetent und wertvoll erleben. Letztlich trägt die Symptomreduktion zur Befriedigung des Bedürfnisses des Patienten nach Wohlbefinden und Unlustvermeidung bei.

Neben der Eignung zur Manualisierung ist ein weiterer Vorteil von KVT-Interventionen, dass sich das Erreichen therapeutischer Ziele leichter messen lässt (Operationalisierung). Durch Manualisierung und Operationalisierung werden höhere Standards an Transparenz, Reliabilität und Replizierbarkeit der Behandlung erreicht. Die Wirksamkeit von KVT kann leichter objektiviert und nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin geprüft werden. Daher hat die KVT eine besondere Relevanz für die Qualitätssicherung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer depressiven Störung.

Die hohe Zahl an depressiven Jugendlichen, die in Deutschland nicht leitlinien-orientiert behandelt wird (Wittchen, 2000), könnte darauf zurückgeführt werden, dass wenig angemessene Behandlungsinstrumente zur Verfügung stehen. In den USA wurden etliche KVT-Programme zur Behandlung depressiver Jugendlicher, sowohl für das Gruppensetting als auch für die Einzeltherapie entwickelt. Ein erfolgreiches, als wirksam evaluiertes und auch ins Deutsche übersetztes Therapiemanual zur Gruppenbehandlung depressiver Jugendlicher ist das „Adolescent Coping with Depression Course" oder CWD-A (Clarke, Lewinsohn, & Hops,

1990; Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hops, & Seeley, 1999), wovon auch eine für die Einzeltherapie konzipierte Version (“Steady”) auf Englisch vorliegt. Für die Einzeltherapie existiert im deutschsprachigen Raum nur die von Jans, Warnke und Remschmidt übersetzte Version des Manuals “Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen” (Harrington, 2001). Die Evaluierung der englischsprachigen Originalfassung suggeriert schwache oder wenig anhaltende Behandlungseffekte im Vergleich zu nicht direktiven Interventionen oder Entspannungsverfahren (Vostanis, Feehan, Grattan, & Bickerton, 1996; Wood, Harrington, & Moore, 1996). Inhaltlich präsentiert sich das Manual von Harrington als wenig ausführlich, da es nur wenige Materialien und kaum verhaltensnahe Instruktionen enthält.

Im Rahmen der bereits beschriebenen TADS-Studie wurde ein Therapiemanual konzipiert und als Intervention im KVT-Behandlungsarm verwendet (Curry, 2005; Rohde, Feeny, & Robins, 2005). In der amerikanischen Originalstudie wurde nachgewiesen, dass der Behandlungseffekt für dieses Manual groß ist (J. March & Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Team, 2004). Das TADS-Manual basiert auf theoretischen und empirischen Grundlagen, z. B. der sozialen Lerntheorie (Bandura, 1977), der Kontrollerwartung und Attributionstheorie (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; Rotter, 1966), den kognitiven Modellen von Beck, Rush, Shaw & Emery (Beck, 1979) sowie der Theorie der sozialen Defizite (Clarke et al., 1990). Für die Entwicklung des TADS-Originalmanuals wurden namhafte Koautoren rekrutiert, welche internationale Expertise in der Behandlung depressiver Jugendlicher aufweisen. Es wurden Bausteine anderer erfolgreicher Verhaltenstherapie-Manuale, wie z.B. aus dem oben erwähnten CWD-A, ausgewählt und auf das Einzelsetting angepasst. Für die TADS-Studie wurde viel Wert darauf gelegt, dass sich die angewandte KVT-Intervention auf frühere Wirksamkeitsstudien stützt. Das Ergebnis in Form des

Originalmanuals kann als state-of-the-art der verhaltenstherapeutischen Schule betrachtet werden.

Zusammenfassend besticht das TADS-Manual durch seine Wirksamkeit, seine gute theoretische Fundierung und seine Benutzerfreundlichkeit bzw. Ausführlichkeit bei der Beschreibung des Sitzungsablaufs und der Materialien. Aufgrund seiner Vorzüge auf der einen Seite und dem gleichzeitig dringenden Bedarf an einem gut fundierten deutschsprachigen KVT-Manual auf der anderen Seite, setzte sich die Depressionsforschungsgruppe der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LMU zum Ziel, das TADS-Manual zu übersetzen und erstmalig in deutscher Sprache zu evaluieren.

Die vorliegende Studie hat zum Ziel, das übersetzte TADS-Manual auf seine Wirksamkeit im ambulanten Setting im Rahmen einer Fallserienstudie an der Kinder- und Jugendpsychiatrie der LMU zu untersuchen. Das Studiendesign wurde mit Unterstützung von Frau Dr. Kathrin Pietsch, welcher federführend in der Übersetzung des TADS-Manuals sowie in der experimentellen Durchführung im stationären Bereich beteiligt war, sowie mit Frau Dr. Belinda Platt, unter der Leitung von Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne entwickelt. Fallserien werden dem Empfehlungsgrad B (Evidenzgrad 4) des Oxford Centre for Evidence-Based Medicine zugeordnet (OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011). Die vorliegende Studie entspricht den Qualitätskriterien des Methodenpapiers des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie hinsichtlich Methodik und interner und externer Validität zur Berücksichtigung von experimentellen Einzelfallstudien (WBP, 2010).

Fragestellungen

Im Prä-Post-Vergleich wird folgende Hypothese überprüft: Nach der ambulanten Behandlung von Jugendlichen im Alter von 13 bis 17 Jahren mit den Diagnosen einer depressiven Störung gemäß den ICD-10 Kriterien: depressive Episode (F32), rezidivierende depressive Störung

(F33) oder Dysthymia (F34.1), mit dem TADS-Manual im wöchentlichen Einzelsetting über acht Wochen kommt es zu einer signifikanten Reduktion der depressiven Symptomatik, gemessen mit BDI-II und dem Depressions-Fremdbeurteilungsbogen FBB-DES (Hypothese 1a bzw. Hypothese 1b).

Im Prä-Post-Vergleich wird zudem folgende Hypothese aufgestellt: Nach der ambulanten Behandlung von Jugendlichen im Alter von 13 bis 17 Jahren mit dem TADS-Manual im wöchentlichen Einzelsetting über acht Wochen kommt es zu einer Remission der depressiven Störung, untersucht mit dem Kinder-DIPS (Hypothese 2).

Weiterhin wird erwartet, dass sich nach der ambulanten Behandlung von Jugendlichen mit den Diagnosen einer depressiven Störung im Alter von 13 bis 17 Jahren mit dem TADS-Manual im wöchentlichen Einzelsetting über acht Wochen eine bedeutsame Veränderung im Sinne eines Therapieerfolgs auf der Clinical Global Impression Improvement Score CGI-I zeigt (Hypothese 3).

Material und Methoden

Durchführung

Aufklärung und Einverständniserklärung

Die Durchführung der Studie erfolgte von November 2014 bis März 2016 und fand unter Berücksichtigung der ethischen Standards der aktuellsten Version der Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki statt. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München als ergänzendes Amendment zur Pilotstudie “Behandlung depressiver Störungen bei Jugendlichen mit einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manual” unter der Projektnummer 196-13 geprüft und zum 18.08.2014 genehmigt. Das Amendment bezog sich auf eine Erweiterung auf das ambulante Setting der vorhergehenden Studie, in welcher erstmalig das ins Deutsche übersetzte TADS-Manual im Rahmen der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung untersucht wurde. Alle Patienten und ihre sorgeberechtigten Eltern wurden vor Studienbeginn aufgeklärt und gaben ihre schriftliche Einverständniserklärung zur Studienteilnahme ab (siehe Aufklärungsbroschüren im Anhang). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und es erfolgte keine finanzielle Vergütung. Jeder Teilnehmer bzw. jeder sorgeberechtigte Elternteil hatte jederzeit die Möglichkeit, die Einwilligung zu widerrufen und die Studie ohne Angabe von Gründen und ohne Inkaufnahme von Nachteilen abubrechen. Um die Vorschriften über Schweigepflicht und Datenschutz einzuhalten, wurden alle erhobenen Daten und Befunde durch die Zuteilung von numerischen Verschlüsselungscodes anonymisiert.

Studiendesign und Studienablauf

Es handelte sich um eine Beobachtungsstudie in Form einer Fallserie ohne Kontrollgruppe. Alle Patienten wurden in der psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) der Klinik und Poliklinik für

Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LMU rekrutiert. Der Studienablauf ist in der Abbildung 1 veranschaulicht:

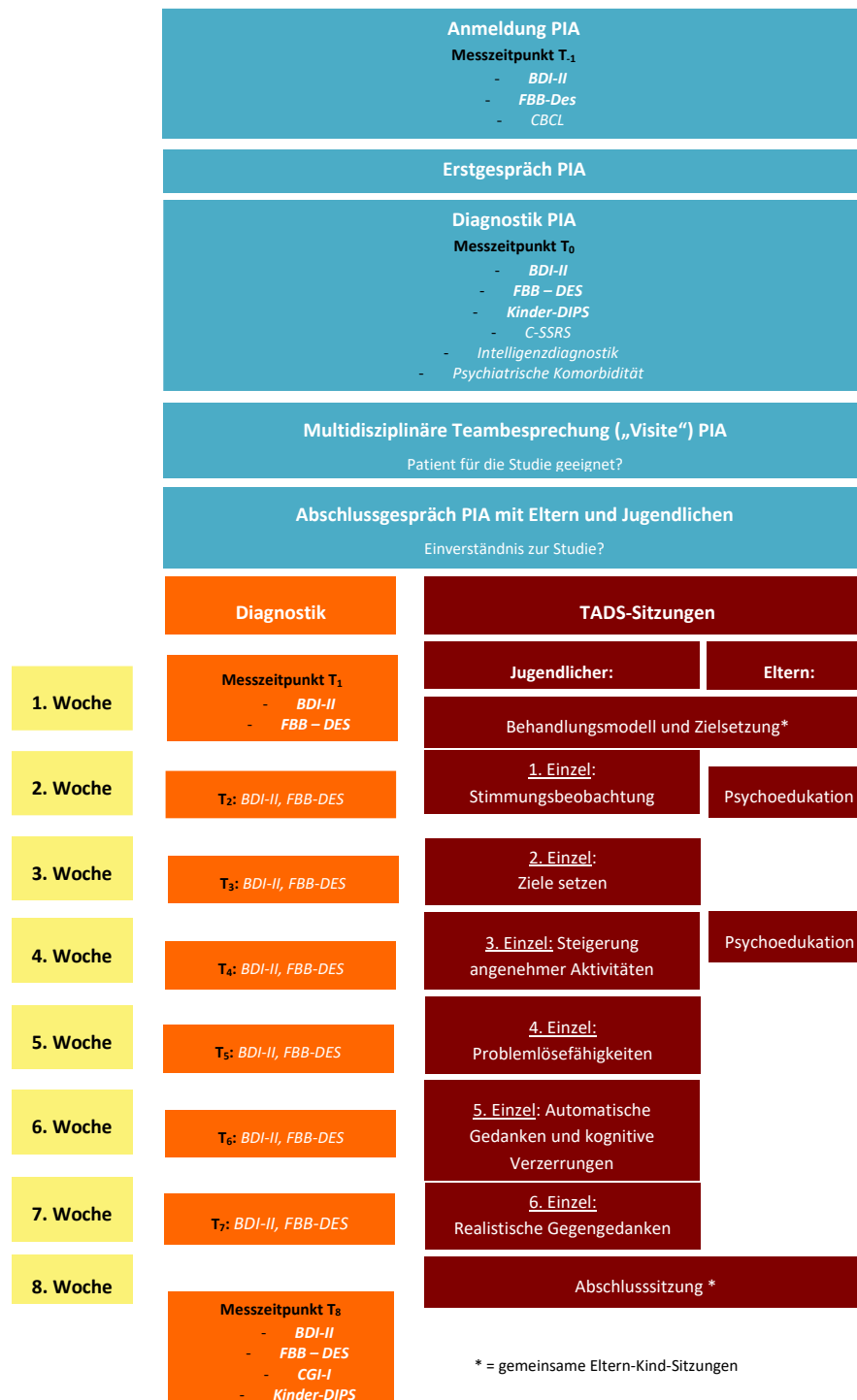


Abbildung 1: Studienablauf und Untersuchungsmethoden

Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte sukzessiv im Rahmen der ambulanten Diagnostik zwischen 11/2014 und 12/2015. Nach telefonischer Anmeldung in der PIA erfolgte nach einer

variablen Wartezeit (Prüfung der Anmeldesymptomatik und Vorstellungsdringlichkeit durch die Oberärztin der PIA; Empfang von ausgefüllten Anamnesebögen; Erhalt der Fremdbeurteilungsinstrumente CBCL für Eltern; Empfang des BDI-II bei depressiver Symptomatik) (Messzeitpunkt T₋₁) ein Erstgespräch mit dem zuständigen Behandelnden (Ärztin oder Psychologin).

Nach dem Erstgespräch durchlief jeder Jugendliche eine ambulante Diagnostikphase (Messzeitpunkt T₀) von ca. 4 bis 6 Wochen Dauer. Danach wurde eine Aussage über das Erfüllen der Einschlusskriterien getroffen. Prinzipiell für die Studie geeignete Jugendliche und deren Eltern wurden im Rahmen des PIA-Abschlussgesprächs über die Studie aufgeklärt. Bei Einverständnis zur Studie wurde die Eingangsdiagnostik als Messzeitpunkt T₀ gewertet. Danach begann die 8-wöchige Phase der Manualdurchführung, wobei nach jeder der acht Sitzungen (T₁ bis T₈) die wöchentlichen Messungen durchgeführt wurden.

Durch die Intervention mit dem TADS-Manual wurde eine Verbesserung hinsichtlich der depressiven Symptomatik erwartet. Die Operationalisierung erfolgte mittels zweier dimensionaler Depressionsmaße, welche die primären Endpunkte darstellten. Dadurch wurde die Symptomschwere im Verlauf sowohl durch eine Selbst- (BDI-II) als auch durch eine Fremdbeurteilung (FBB-DES durch die Eltern) gemessen. Des Weiteren erfolgte eine kategoriale Einschätzung hinsichtlich der psychiatrischen Diagnose nach ICD-10 mittels des Kinder-DIPS zum Messzeitpunkt T₀ sowie T₈. Die Veränderung des Gesamtkrankheitszustandes wurde über das globale Maß CGI-I abgebildet.

Die Rekrutierung von Patienten konnte gut in den klinischen Alltag der Institutsambulanz der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie implementiert werden. Das 8-wöchige therapeutische Angebot mit dem TADS-Manual konnte zeitnah im Anschluss an die ambulante Diagnostikphase eingebettet werden und stieß auf große Akzeptanz bei Patienten, Eltern und

behandelnden Fallführern der PIA. Es entstanden keine studienbedingten Eingriffe. Ebenso bestand Unbedenklichkeit zu Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung. Alle Therapiesitzungen wurden durch die Studienautorin und Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, durchgeführt, sodass etwaige konfundierende, therapeutenbezogene Faktoren, ausgeschlossen werden konnten. Zur Sicherung der Manualtreue fand eine Schulung durch eine in der Nutzung des Manuals erfahrenen Therapeutin statt. Weiterhin wurde die Manualtreue durch eine regelmäßige oberärztliche Supervision gewährleistet.

Patienten

Die Studienpopulation wurde aus Patienten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der LMU im Rahmen einer ausführlichen, standardisierten Diagnostik in unserer Institutsambulanz rekrutiert. Als Einschlusskriterien für die Studie wurden festgelegt:

- Lebensalter der Patienten zwischen 13 und 17 Jahren
- Vorliegen einer depressiven Symptomatik (Ausprägung: Cut-Off BDI ≥ 14) und der Diagnose einer depressiven Störung (F32, F33 oder F34.1) nach ICD-10
- Intelligenz mindestens im Durchschnittsbereich (IQ ≥ 85)
- ausreichende Deutschkenntnisse des Patienten
- die depressive Störung war die primäre Behandlungsdiagnose

Als Ausschlusskriterien wurden definiert:

- Vorliegen einer bipolaren Störung
- Vorliegen einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung
- Vorliegen von psychotischen Symptomen
- Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung

- Zudem wurden Patienten ausgeschlossen, die eine Psychopharmakotherapie oder eine sonstige laufende Psychotherapie erhielten.

Anhand dieser Ein- und Ausschlusskriterien konnte eine Stichprobe mit 12 Jugendlichen (9 weiblich, 3 männlich) im Sinne von Intention-to-treat gewonnen werden.

Material

Beschreibung des Manuals und Anpassung für die Studie

Das Original-TADS-Manual ist in drei Stufen eingeteilt, wovon die erste Stufe die in der vorliegenden Arbeit untersuchte, akute verhaltenstherapeutische Intervention darstellt. Während der Behandlungsstufe I werden Behandlungsziele definiert und Techniken zur Überwindung der depressiven Symptomatik erlernt. Stufe II dient der Konsolidierung der Behandlung im Rahmen einer 6-wöchigen Fortsetzung. Stufe III sieht drei Sitzungen zur Rückfallprophylaxe jeweils im Abstand von 6 Wochen vor.

Stufe I des Originalmanuals gliedert sich in vier Phasen mit einer Gesamtzahl von 15 Sitzungen. Im Rahmen der Manualanpassung wurde die ursprüngliche Behandlungsdauer von 12 auf 8 Wochen verkürzt. Phasen 1, 2 und 4 wurden getreu dem Originalmanual durchgeführt. Auf die ursprüngliche Phase 3, die sich dem Training komplexerer Fähigkeiten widmete (hierzu zählen Module wie „Soziale Kompetenzen“ oder „Entspannungs- und Affektregulation“), wurde verzichtet. Für die Abänderung waren folgende Gründe ausschlaggebend: Die Fähigkeiten wie Durchsetzungsvermögen, Kommunikation oder Kompromissfähigkeit werden besser im gruppentherapeutischen Setting geübt. Auch die Techniken zum entspannteren Umgang mit emotional aufregenden Situationen sind für ein Gruppensetting geeignet. Üblicherweise werden beide Module in jugendpsychiatrischen stationären Kliniksettings durch zusätzliche, fortlaufende Gruppen parallel zur Einzelpsychotherapie abgedeckt. Auch im ambulanten

Setting werden oft sowohl Soziale-Kompetenz-Traings (SKT) als auch Entspannungstrainings angeboten. Zudem sind im Originalmanual ein bis drei Familiensitzungen zur Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion vorgesehen, deren Inhalt teilweise in der übersetzten Fassung der Phasen 1, 2 und 4 wiederzufinden ist. Schließlich ist anzumerken, dass eine Anpassung an manchen Textstellen notwendig war, um den Manualinhalt vom amerikanischen an den deutschen Kultur- und Sprachkreis zu adaptieren, wie in Tabelle 3 beispielhaft dargestellt.

Originalmanual: RIB EYE Method Übersetzte Fassung: LAMBADA-Methode	
R – Relax or compose yourselves	L – Locker werden
I – Identify the problem	A – Aufschreiben/Abklären des Problems
B – Brainstorm	M – Mögliche Lösungen überlegen
E – Evaluate each possible solution	B – Bewerten, welche Vor- und Nachteile jede Lösung hat
Y – Yes to one. Choose one solution	A – Auswahl einer Lösung
E – Encourage each other	D – Dafür loben und bestärken
+ discuss an implementation plan	A – Anfangen: Wie soll die Lösung jetzt genau umgesetzt werden?

Tabelle 3: Übersetzung des RIB EYE Kürzels für die TADS-Methode zum Problemlösen

Das auf Deutsch adaptierte TADS-Programm erstreckt sich über einen Zeitraum von 8 Wochen. Zu Beginn der Therapiephase (Woche 1) findet eine gemeinsame Sitzung mit dem Jugendlichen und deren Eltern zur Einführung und zum therapeutischen Beziehungsaufbau statt. Am Ende der Therapiephase (Woche 8) wird ebenso eine gemeinsame Sitzung zur Bilanzierung durchgeführt. In den Wochen 2 bis 7 beinhaltet das Programm sechs thematisch aufeinander aufbauende Einzelsitzungen mit dem Jugendlichen, in welche Verhaltens- und kognitive Kompetenzen („Skills“) trainiert werden. Zudem sind zwei psychoedukative Sitzungen mit den Eltern vorgesehen, im Rahmen derer die theoretischen Grundsätze erläutert und die

Erfahrungen im Behandlungsverlauf ausgetauscht werden. Der zeitliche Umfang einer Sitzung beträgt 60 Minuten.

In der ersten Behandlungswoche werden die Eltern gemeinsam mit dem Jugendlichen dazu ermuntert, die Symptome der depressiven Störung zu beschreiben und gemeinsame, realistische Behandlungsziele zu definieren (Abbildung 2). Auch wird der mögliche familiäre Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung der depressiven Symptomatik reflektiert (Arbeitsblatt „Was ist Depression?“, s. Anhang). Nach einem psychoedukativen Teil zur KVT wird erläutert, warum es wichtig ist, die Familie in die Behandlung miteinzubeziehen. Durch diese **erste gemeinsame Sitzung** wird zum einen ein gemeinsamer Verständnishorizont im Hinblick auf die Erkrankung erarbeitet und zum anderen die Legitimation des Jugendlichen zur aktiven Einbindung der Eltern, z. B. zur Unterstützung bei den Hausaufgaben, eingeholt.

Elternziele

Ziele für eine Verhaltensänderung, die dem Jugendlichen helfen können, seine Ziele zu erreichen:

Beispiel:

Aufhören jeden Tag nach den Hausaufgaben zu fragen

1. Bei Prüfungsleistungen die richtige Wahl treffen, sodass [] sich nicht schuldig fühlen muss.
2. Einkommungen nicht aufschreiben, um [] nicht zu trösten.
3. meine eigenen Probleme von []s Problemen trennen.
4. Themen die [] nicht erörtern möchte, nicht weiter hinterfragen.

Abbildung 2: Beispiel Arbeitsblatt „Elternziele“

Bei (Verdacht auf) Suizidalität wird mit dem Jugendlichen ein “Antisuiizidvertrag vor TADS-Behandlung” abgeschlossen (s. Anhang).

Jede Einzelsitzung der TADS-Behandlung besteht aus theoretischen und praktischen Aspekten nach einer gleichbleibenden Struktur (Abbildung 3): Zunächst wird Freiraum für mögliche aktuelle Themen des Patienten gegeben. Es folgt die Besprechung der Hausaufgaben der vorherigen Woche einschließlich der möglichen Hindernisse, die die Durchführung erschwert haben könnten. Den Kern jeder Sitzung bildet die Vermittlung von sogenannten „Skills“ oder Kompetenzen. Diese dienen dazu, dysfunktionale bzw. die Depression aufrechterhaltende Gefühle, Gedanken oder Verhaltensweisen zu identifizieren, um sie im nächsten Schritt aktiv verändern zu können. Im Anschluss daran wird der Patient durch „Hausaufgaben“ ermuntert, das Gelernte in seinen Alltag zu transferieren.

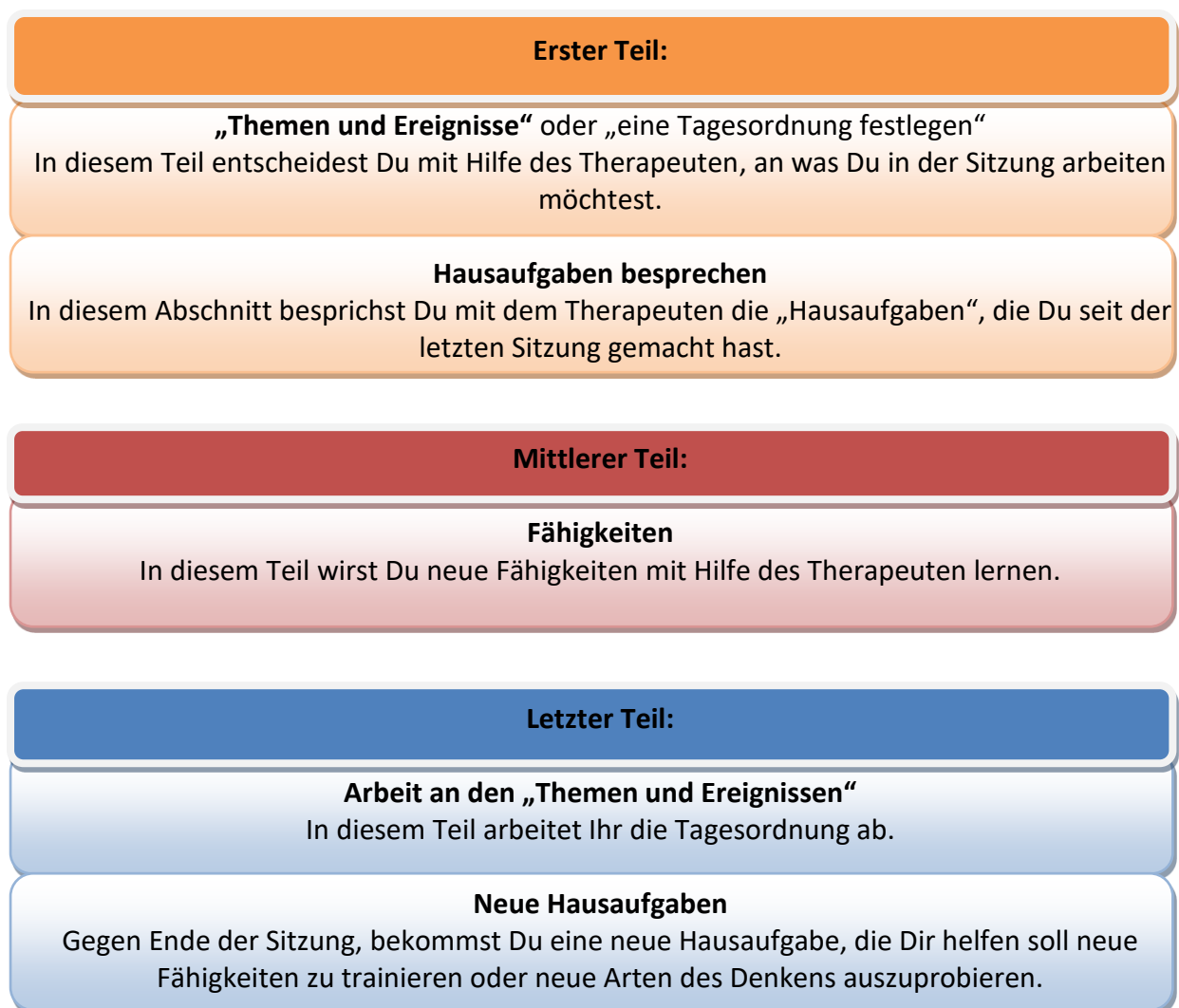


Abbildung 3: Arbeitsblatt „Wie laufen kognitive Verhaltenstherapiesitzungen ab?“

Die **erste Einzelsitzung (Woche 2)** widmet sich der „Stimmungsbeobachtung“. Der Jugendliche wird gebeten, unterschiedliche emotionale Zustände zu definieren und mit Situationsbeispielen aus der eigenen Erfahrung zu illustrieren. Diese sollen auf dem Arbeitsblatt „Gefühlsbarometer“ auf einer Skala vom 1 bis 10 einsortiert werden (1 = stark negative Gefühle, 10 = stark positive Gefühle) (Abbildung 4). Zuletzt wird der Jugendliche ermuntert, drei Situationen aus den letzten 24 Stunden (jeweils morgens, nachmittags und abends) auszusuchen und das entsprechende Gefühl anhand des Gefühlsbarometers einzuschätzen. Situation und „Gefühlstemperatur“ sollen auf den Stimmungsbeobachtungsbogen eingetragen werden. Der Jugendliche wird gebeten, den Stimmungsbeobachtungsbogen bis zur nächsten Sitzung weiter auszufüllen (Abbildung 5).

Gefühlsbarometer

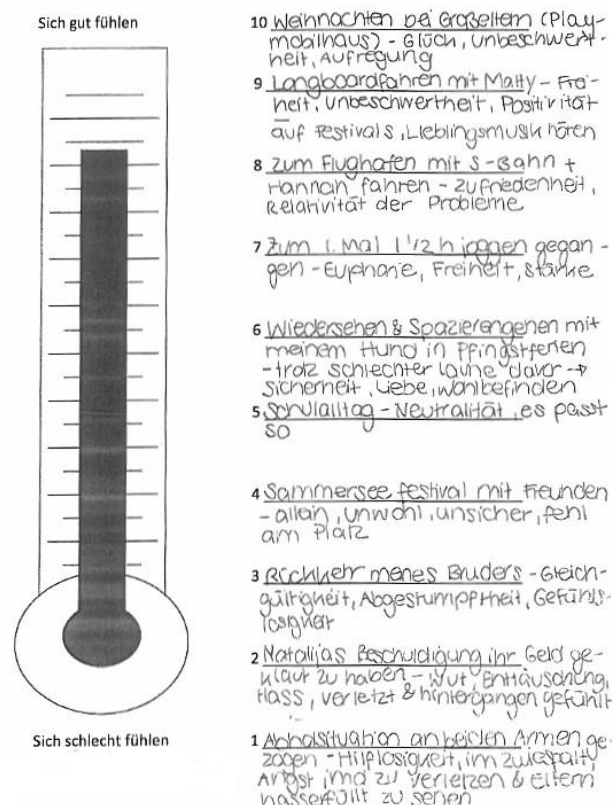


Abbildung 4: Beispiel Arbeitsblatt „Gefühlsbarometer“

Stimmungsbeobachtung

Dieses Arbeitsblatt soll Dir dabei helfen, zu verstehen, welche Dinge beeinflussen, wie Du Dich fühlst. Für die kommende Woche schreibe bitte für jeden Tag ein paar Dinge auf, die Du tust, und wie Du Dich fühlst. Versuche für jeden Morgen bis zum Mittagessen eine Sache aufzuschreiben, für jeden Nachmittag bis zum Abendessen und für jeden Abend. Nutze das Gefühlsbarometer, um zu zeigen, wie gut oder schlecht das Gefühl ist. Eine 10 bedeutet, dass Du Dich so gut wie fast noch nie gefühlt hast, eine 0 bedeutet, dass Du Dich fast noch nie so schlecht gefühlt hast.

* R. meine Klängen gegeben!

	Morgens	Nachmittags	Abends
Montag	⑥ gut gelaunt, made, Freunde, gesehen, Schule war lustig, auf den Tag mit R. gefreut	④ R. kam zu mir, viel Spaß, viel gelacht, raus gegangen, Fotos gemacht, wunderschöner Tag!	⑧ R. meine Klängen gegeben, bisschen gewirrt aber er hat mich aufgemun- schöne Zeit, Geborgenheit, Ziel
Dienstag	⑦ Schule hat Spaß gemacht, Spaß mit Freunden, hatte 1. Erfolg	⑤ zu R. Spaß, lachen, kurzer Streit aber sofort wieder gut	⑥ Training, Spaß, Auspauern, Freunde gesehen / ⑥ Selbstver- letzungsschmerz aber R. hat mich ab- geholt, dann war's was
Mittwoch	⑥ gut gelaunt, Schule war schön, entspannt, Spaß mit Freunden, Sport	⑥ stoppen mit Hama, abig- board fahren, schwimmen, beste	⑥ Basketball mit Freundin, Selbstverletzung, Druck unterdrückt
Donnerstag	⑤ entspannt aber sehr müde, Schule war nicht besonders	④ zu R. schönes Wetter, Spaß, viel geredet, Training	⑥ Training war langweilig, aber trotzdem schön Freunde zu sehen
Freitag			
Samstag 14. 3.	⑦ Freundin hat übernachtet, Spaß, lachen, reden → shoppen, neue Schuhe	⑥ beste Freundin besucht, Spaß, rausgegangen, geredet, gelacht, glücklich bei ihr zu sein	⑥ Selbstverletzungsschmerz wg. R. und andere Dinge zu Hause ge- sagt / ⑥ mit ihm rum gestaut, schöne Zeit
Sonntag	⑧ bei meiner besten Freundin gewesen, Spaß, lachen, ⑥ Abschied, alleine	④ zu einer Freundin, viel gelacht, Spaß, alle Bilder an- geschaut, Film	⑥ alleine im Zimmer, weinen ohne Grund, dann zu meinen Eltern, lang- weilig, geredet, wieder alleine, mit R. telefoniert, trotzdem schlechte Laune, Schuldgefühle wg. Basketb.

Abbildung 5: Beispiel Arbeitsblatt "Stimmungsbeobachtung"

Die **zweite Einzelsitzung (Behandlungswoche 3)** beschäftigt sich mit der realistischen Zielsetzung. Geübt wird das Herunterbrechen „großer“ Ziele in kleinere „Teilziele“, die durch konkrete kleine Schritte helfen, Erfolge zu sehen und Hindernisse in Bezug auf das große Ziel abzubauen. Dessen Erreichen nimmt oft sehr viel Zeit in Anspruch, ist oft schwer definierbar oder überwältigend und kann deshalb schnell zur Überforderung des Jugendlichen führen.

In der **dritten Einzelsitzung (Behandlungswoche 4)** wird an der Aktivierung des Patienten im Sinne einer Steigerung von angenehmen Aktivitäten mit regelmäßigem Aufbau im Wochenablauf gearbeitet. Der Jugendliche wird angeleitet, eine Liste von potentiell angenehmen Aktivitäten zu erstellen und daraus einige auszuwählen, die er sowohl alleine oder in Gesellschaft Anderer durchführen kann und die ihm ein Gefühl von Kompetenz und Erfolg vermitteln können (Abbildung 6).

Steigerung angenehmer Aktivitäten

	Datum										
Aktivität	30.4	1.5	2.5	3.5	4.5	5.5	6.5				
1 Fotos.	1	0	0	0	0	0	0				
2 Kochen	0	0	1	0	0	0	0				
3 Yoga	0	0	0	0	0	0	1				
4 Schreiben	0	1	0	0	0	1	1				
5 Gespräche	1	1	1	0	0	1	1				
6 Sonne son.	0	0	0	0	0	1	0				
7 Party	1	0	1	0	0	0	0				
8 Fahrrad fahren	0	0	1	0	0	0	0				
9 Serien	0	0	1	1	1	1	0				
10 Kicker spielen	0	0	0	0	0	1	0				
Gesamte Anzahl	3	2	5	1	1	5	3				

Abbildung 6: Beispiel Arbeitsblatt “Steigerung angenehmer Aktivitäten”

In der **vierten Einzelsitzung (Behandlungswoche 5)** wird die Problemlösefähigkeit des Patienten mittels der für das Programm entwickelten „LAMBADA-Methode“ geübt. Zunächst wird die LAMBADA-Methode mittels vorgegebener „Problemlöse-Briefe“ eingeführt, indem der Jugendliche alle möglichen Lösungen für ein im Brief beschriebenes Problem generiert und sich angesichts der positiven und negativen Konsequenzen jeder Option für die beste Lösung entscheidet (s. Anhang: Arbeitsblatt „Leserbrief #2“). In einen weiteren Schritt wird die LAMBADA-Methode auf ein Problem des Jugendlichen angewandt (Abbildung 7). Im Zuge dessen werden auch Entspannungsmethoden mit dem Jugendlichen erarbeitet. Außerdem wird in dieser Sitzung ein neuer Bogen zur Stimmungsbeobachtung, die „Drei-Spalten-Technik“, eingeführt (Abbildung 8).

LAMBADA Arbeitsblatt

Name: [Name]

Datum: 20.08.15

L

Locker machen. Die beste Methode um mich zu entspannen und meine Gefühle zu besänftigen ist:

joggen

A

Aufschreiben, was das Problem ist:

Angst, dass ich in der Schule versagen werde

M

Mögliche Lösungen, die mir in den Kopf gekommen sind, waren:

- anfangen zu lernen, - Schule wechseln, - mit Leuten darüber reden, - Seminare neu wählen

B

Bewerten. Die Konsequenzen, die man dabei beachten muss, sind:

- einfacher gesagt, als getan, gerade kaum Zeit, - nur Realschulabschluss → nicht studieren, aber jetzt mehr Freizeit, Zeit verschwendet, nicht studieren (nicht alles) → alles nochmal machen, mehr Zeit jetzt

A

Auswählen einer Lösung:

Seminare neu wählen + neu belegen

D

Dafür loben und bestärken. Um mich für die Umsetzung der Lösung zu belohnen, mache ich:

Karten für ein Konzert kaufen (Lance)

A

Anfangen. Wie soll die Lösung jetzt genau umgesetzt werden?

E-mail an Studienkoordinator schreiben, normal in Unterricht gehen (Seminare-Unterricht)

Abbildung 7: Beispiel Arbeitsblatt "LAMBADA"

Drei-Spalten-Technik mit Beispielen

Situation (Was ist passiert?)	Gedanken	Gefühl (Intensität 0-10)
Dein Vater oder Deine Mutter sagen, Du seiest faul.	Ich werde ihnen zeigen, dass es nicht so ist. Ist mir ziemlich egal, was die denken. Ich ja mein Leben. Ja, sie haben recht, ich bin ein Versager.	<p>⑦ Schmerz, Mordlust, Hoffnungslosigkeit</p> <p>⑦ Enttäuscht, beleidigt, frustriert</p> <p>③ Traurigkeit, Frustration, Hoffnungslosigkeit</p>
Ein guter Freund, der Dir schon oft geholfen hat, kauft Deine Armbanduhr.		
Du machst Deinen Schulabschluss.	Cool, keine Schule mehr, endlich geschafft! Schule zu Ende. Was soll ich denn jetzt machen?	<p>⑨ Freude, Stolz, Spaß, Ehrgeiz, Motivation</p> <p>④ Verzweiflung, Kollaps, bedrückt, zukunftsangst</p>

Abbildung 8: Beispiel Arbeitsblatt „Drei-Spalten-Technik mit Beispielen“

In Anlehnung daran widmet sich die **fünfte Einzelsitzung (Woche 6)** der Identifizierung von sogenannten „automatischen Gedanken“ (Arbeitsblatt „Kognitive Verzerrungen“, s. Anhang). Auch hier wird zunächst mit vorgegebenen Beispielen gearbeitet, um typische kognitive Verzerrungen zu verdeutlichen (Arbeitsblatt „Leserbrief #9“, s. Anhang), ehe das Erkennen und Etikettieren der eigenen dysfunktionalen Gedanken geübt wird (Abbildung 9).

Drei-Spalten Technik mit kognitiven Verzerrungen		
SCHWARTZ-WEISS-DENKEN	KATASTROPHISIEREN	VOREILIGES SCHLUSSEZIEHEN
DAS POSITIVE ÜBERSEHEN	MEIN FEHLER	„SOLLTE...“
Ereignis (Was ist passiert?)	Negativer Gedanke	Kognitive Verzerrung
• sehr guter Freund ist jetzt es nicht gut 4	• Stimmt es was die anderen sagen? • ich würde mir gerne helfen	Mein Fehler Katastrophisieren - „Sollte...“
• sehr schlechte Note in Mathe 3	• Aus waren so gut, nur ich nicht	Mein Fehler Positiv übersehen Voreiliges Schlussfolgern
• Gespräch mit Eltern 3 • es wird nur bei mir erzählt	• warum nur bei mir? • Wieso müssen Lehrer angerechnet werden?	Voreiliges Schlussfolgern - „Sollte...“

Abbildung 9: Beispiel Arbeitsblatt „Drei-Spalten-Technik mit kognitiven Verzerrungen“

Im Rahmen der **sechsten Einzelsitzung (Behandlungswoche 7)** wird dem Jugendlichen beigebracht, positive „realistische Gegengedanken“ zu formulieren, um die eigenen kognitiven Verzerrungen dadurch zu ersetzen (Abbildung 10). Auch werden die Fortschritte bei der Zielerreichung im Einzelgespräch mit dem Jugendlichen reflektiert und ein individueller Plan für die Zeit nach Ende der TADS-Behandlung entworfen.

Realistische Gegengedanken

Lies Dir diese Liste realistischer Gegengedanken durch und hake die ab, die Dir helfen könnten, Deine negativen Gedanken in Frage zu stellen.

- ☒ Es gibt Sachen, die ich gut kann, wie z.B. Boxen, Skateboard fahren (eine Sportart, ein Musikinstrument, ein Hobby)
- ☒ Ich kann meine Hausaufgaben gut machen, wenn ich Zeit und Anstrengung reinstecke.
- ☒ Ich mache meinen Job gut. (schwierig)
- ☒ Manche Leute finden mich attraktiv oder hübsch.
- ☒ Ich lerne schnell neue Bekanntschaften kennen.
- ☒ Ich komme gut mit anderen Leuten zurecht. (ich habe mit wenigen Leuten ganz ein Problem)
- ☒ Ich bin eine freundliche Person.
- ☒ Ich habe einige wirklich gute Freunde.
- ☐ Ich kann gut mit Problemen umgehen.
- ☐ Vielen Leuten passiert es, dass sie ihren Partner verlieren. Und nach einiger Zeit finden sie wieder jemand Neues.
- ☒ Es gibt einige Leute, die mich sehr lieben.
- ☒ Ich bekomme nicht so oft Ärger.
- ☒ Meine Eltern haben mich sehr, sehr gern.
- ☒ Ich bin jemand. ES gibt Menschen, denen ich etwas bedeute.
- ☒ Mich interessiert Physik ganz außerordentlich.
- ☒ Ich kann die meisten Probleme, die sich ergeben, lösen.
- ☒ Wenn ich mir ein persönliches Ziel setze, versuche ich es zu erreichen.

Abbildung 10: Beispiel Arbeitsblatt „Realistische Gegengedanken“

Zwischen den Einzelsitzungen werden zwei **psychoedukative Sitzungen** mit den Eltern in den Behandlungswochen 2 bzw. 4 durchgeführt, im Rahmen derer die theoretischen Grundsätze der Einzelsitzungen erläutert und die Erfahrungen der Eltern im Behandlungsverlauf abgefragt werden. Auch hier werden die Eltern erneut angeregt, bei sich selbst symptomversärende Gedanken und Verhaltensweisen zu erkennen und zu verändern, sowie gemeinsame angenehme Aktivitäten mit ihrem Kind durchzuführen.

Die **letzte, gemeinsame Eltern-Kind-Sitzung (Behandlungswoche 8)** dient der „Bilanzierung“ bei Behandlungsende einschließlich einer Rekapitulation der

Behandlungsfortschritte, der hilfreichsten Skills sowie einer Einschätzung des Bedarfs an Weiterbehandlung. Außerdem werden mögliche auftretende Hindernisse und Schwierigkeiten für die nächste Zeit nach der Behandlung antizipiert (Abbildung 11).

Zukünftige Herausforderungen

Große Ereignisse in den nächsten sechs Wochen: Dafür kann ich diese Werkzeuge nutzen:	
Bleiben in der Klasse	Probleme lösen
Warten	Zielsetzung, Probleme lösen
Alleine zuhause zu bleiben	Selbstregulation, Problemlösen, Probleme lösen

Probleme zu Hause, in der Schule, mit Freunden: Dafür kann ich diese Werkzeuge nutzen:	
Eine schlechte Noten/Aufgabe	Problemlösen, Zielsetzung
Sich verhalten	Zielsetzung

Abbildung 11: Arbeitsblatt „Zukünftige Herausforderungen“

Erfassungsinstrumente

Nach jeder Behandlungswoche wurde den Eltern das Erfassungsinstrument FBB-DES und dem Jugendlichen das BDI-II mitgegeben (Messzeitpunkt $T_{\text{Behandlungswoche}}$). Es wurde vereinbart, dass beide Instrumente am Ende jeder Behandlungswoche bzw. fünf bis sieben Tage nach der letzten Sitzung ausgefüllt werden sollten. Beide Bögen wurden zur nächsten Sitzung zur Auswertung ausgefüllt mitgebracht.

Zentrales Outcome-Maß zur Prä-Post-Erfassung der depressiven Symptomatik war das revidierte Beck-Depressionsinventar (BDI-II, s. Anhang). Dieses wurde vor Beginn der Therapiephase und am Ende jeder Behandlungswoche vom Jugendlichen ausgefüllt. Dies sollte eine möglichst gute Abbildung des genauen Zeitpunkts einer Veränderung ermöglichen. Das Beck-Depressionsinventar wurde ursprünglich 1967 als Selbstbeurteilungsverfahren zur Quantifizierung des klinischen Schweregrades einer Depression verfasst. 1996 wurde das Instrument einer Revision unterzogen, um die Depressionskriterien an DSM-IV anzulehnen, und anschließend ins Deutsche übersetzt (Kühner, Bürger, Keller, & Hautzinger, 2007). Das BDI-II besteht aus 21 vierstufigen Items, welche die Kernsymptome der Depression einschließlich psychomotorischer und somatischer Symptome abfragen. Der Fragebogen wird in 5 bis 10 Minuten bearbeitet und durch die einfache Addition der angekreuzten Aussagen ausgewertet. Die maximale Punktezahl ist 63. Folgende Schwellenwerte wurden von Beck et al. vorgeschlagen:

BDI II Summenwerte	Bezeichnung
0-8	Keine Depression
9-13	Minimale depressive Symptomatik
14-19	Leichte Depression
20-28	Mittelschwere Depression
29-63	Schwere Depression

Tabelle 4: Einschätzung der Depressionsschwere nach BDI-II-Summenwerte

Durch den zusätzlichen Einsatz des DISYPS-Depressions-Fremdbeurteilungsbogens FBB-DES konnte auch ein Fremdbeurteilungsmaß bei der Erfassung der depressiven Symptomatik berücksichtigt werden (M. Döpfner, Lehmkuhl, & Görtz-Dorten, 2008). Auswertungsrelevant waren die ersten 29 Items, die mit einer vierstufigen Likert-Skala nach aufsteigendem

Schweregrad beantwortet werden. Wie beim BDI-II ist die Interpretation des Summenwerts standardisiert und die Objektivität gewährleistet. Die Standardisierung der Rohwerte erfolgt durch nichtlineare Transformation in Stanine-Kategorien und Prozentränge nach Geschlecht und Alter (s. Anhang: Normtabellen Elternurteil FBB-DES bei Jungen; Normtabellen Elternurteil FBB-DES bei Mädchen).

Ein weiterer Messindikator war das Kinder-DIPS, ein ausführliches diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Schneider, Unnewehr, & Margraf, 2009). Im Kinder-DIPS werden Eingangsfragen zu den meisten psychiatrischen Störungen im Kindes- und Jugendalter gestellt. Sollten diese Screeningfragen positiv beantwortet werden, erfolgte die ausführliche Kriterienüberprüfung der jeweiligen Störungskategorie angelehnt an die gebräuchlichen Klassifikationssysteme psychischer Störungen ICD-10 und DSM-5. Das Interview wurde mit den Jugendlichen während der Diagnostikphase durchgeführt. Insbesondere relevant für die vorliegende Studie waren die Diagnose-Kategorien „Major Depression“ und „Dysthymia“. Gleichzeitig wurden mögliche psychische Komorbiditäten mit abgebildet. So wurde anhand der resultierenden klinischen Diagnosen über den Ein- oder Ausschluss des Jugendlichen in die Studie entschieden. Zur Einschätzung des weiteren Vorliegens einer depressiven Störung nach ICD-10-Kriterien zum Messzeitpunkt T₈ wurde dieses Interviewverfahren nach Therapieabschluss wiederholt.

Außerdem wurde über einen globalen Zielparameter die Gesamt-Veränderung der depressiven Symptomatik zwischen Studienbeginn und –ende abgebildet. Hierfür wurde der Clinical Global Impressions- Improvement (CGI-I) Score ausgewählt, der bereits in der Original TADS-Studie zu diesem Zweck zum Einsatz kam. Der CGI-I Score wurde über die CGI-I Scale bestimmt, modifiziert für den Zeitraum der Behandlung. Die CGI-Skala wurde von der amerikanischen National Institute of Mental Health NIMH entwickelt und ist ein weltweit gebräuchliches Maß zur Bewertung der Effektivität in Therapiestudien (Busner & Targum, 2007). Die Einschätzung

der Veränderung im Schweregrad der psychiatrischen Symptomatik erfolgt durch den Behandler auf einer Skala von 0 bis 7 (Tabelle 5).

Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung (CGI-I)

Ziehen Sie Ihren gesamten Erfahrungsschatz an dieser Art von Kranken in Betracht, und beurteilen Sie die Zustandsänderung insgesamt. Bitte vergleichen Sie den jetzigen Zustand des Patienten mit dem beim *ersten* Kontakt mit Ihnen, und geben Sie an, inwieweit sich das Krankheitsbild des Patienten geändert hat.

- (0) Nicht beurteilbar.
- (1) Zustand ist sehr viel besser.
- (2) Zustand ist viel besser.
- (3) Zustand ist nur wenig besser.
- (4) Zustand ist unverändert.
- (5) Zustand ist etwas schlechter.
- (6) Zustand ist viel schlechter.
- (7) Zustand ist sehr viel schlechter.

Tabelle 5: Clinical Global Impression-Severity Scale

Die zeitliche Werteentwicklung der beiden dimensional Depressionenmaße BDI-II und FBB-DES, die kategoriale Variable im Kinder-DIPS und das globale Zielparameeter CGI-S bildeten die primäre Endpunkte der vorliegenden Studie. Neben diesen vier primären Outcome-Maßen zur Evaluierung der Forschungshypothesen wurden vor Interventionsbeginn weitere Untersuchungsinstrumente verwendet: Zur sorgfältigen Erfassung der Suizidalität kam die Columbia – Beurteilungsskala zur Suizidalität (C-SSRS) zum Einsatz. Dies ist ein halbstrukturierter Interviewleitfaden, der sehr gründlich Suizidgedanken und suizidales Verhalten erfasst und gegenüber anderen Verhaltensweisen abgrenzt. Zudem wurde im Rahmen der ambulanten Diagnostik eine standardisierte Intelligenzdiagnostik durchgeführt, falls kein valider Vorbefund zur kognitiven Leistungsfähigkeit vorlag.

Nach Ende der Behandlung wurde die Zufriedenheit und subjektiv erlebte Wirkung der Behandlung durch ein Auswertungsformular erfasst. Der Fragebogen wurde für diese Studie

konzipiert und enthielt zum einen eine mehrdimensionale, 10-stufige Beurteilungsskala des gesamten Programms und der einzelnen Sitzungen (1 = starke Ablehnung, 10 = starke Zustimmung). Zum anderen war ein Freitextteil für persönliche Anregungen des Patienten enthalten (s. Anhang: Evaluation der Zufriedenheit nach der TADS-Behandlung). Die Zufriedenheit mit der Intervention stellte den sekundären Endpunkt der Studie dar.

Datenauswertung und statistische Analyse

Die statistische Analyse der mittels standardisierter Verfahren (BDI-II und FBB-DES) erhobenen Variablen erfolgte durch einen Wilcoxon-Rang-Test für verbundene Stichproben (Prä-Post-Vergleich). Die wöchentlichen Messungen wurden im Rahmen einer graphischen Analyse während der Intervention dargestellt und durch eine Friedman's ANOVA ausgewertet (Multiple Test Points-Vergleich). Um den Unterschied bei den Paarvergleichen zu lokalisieren wurden Post-Hoc-Paarvergleiche durchgeführt.

Die Ergebnisse des Kinder-DIPS vor und nach der Intervention wurden mit dem McNemar-Test für verbundene Stichproben analysiert. Die Ergebnisse im CGI-I wurden nach deskriptiven statistischen Methoden ausgewertet. Außerdem wurden die individuellen Erfahrungen und das Ansprechen auf die Intervention qualitativ beschrieben. Andere demographische Faktoren wie Alter, Geschlecht oder Schulart sowie das Vorliegen einer positiven Familienanamnese für Depression wurden in die Analyse miteinbezogen.

Die Datenauswertung und graphische Darstellung erfolgte mit der Statistik- und Analyse-Software SPSS Inc. Version 24.0. Als nominales Signifikanzniveau wurde ein α -Fehler von 0,05 akzeptiert. Die Software G*Power 3.1 wurde zur Berechnung der post-hoc-Teststärke angewendet, wobei der akzeptierbare β -Fehler auf 0,20 festgelegt wurde ($1-\beta = 0,8$).

Ergebnisse

Rekrutierung

Die Familien aller Jugendlichen zwischen 13 und 17 Jahren, welche sich mit Angaben einer depressiven Symptomatik in unserer PIA telefonisch voranmeldeten, bekamen per Brief zusätzlich zu den Anmeldungsunterlagen jeweils einen BDI-II und einen FBB-DES-Fragebogen zugesandt (Messzeitpunkt T₋₁). Dieser Messzeitpunkt entfiel bei sehr kurzen Wartezeiten zwischen Voranmeldung und Erstgespräch, zum Beispiel aufgrund einer akut gravierenden Symptomatik, welche eine vorgezogene Erstvorstellung rechtfertigte. Ein anderer Grund für fehlende Daten zum Messzeitpunkt T₋₁ kam durch Vergessen des Ausfüllens oder der Abgabe der Fragebögen zustande. Daher konnten aus intern-ethischen oder aus extern-strukturellen Gründen valide Fragebögenwerte zum Messzeitpunkt T₋₁ nur bei 5 (BDI-II) bzw. bei 4 (FBB-DES) Familien erhoben werden.

Während der Diagnostikphase (Messzeitpunkt T₀) wurden BDI-II und FBB-DES wiederholt. Weitere Kriterien zum Ein- bzw. Ausschluss in die Studie konnten während dieser Phase ausführlich geprüft werden. Alle Jugendlichen mit einer depressiven Störung als primärer Behandlungsdiagnose (Ausprägung: Cut-Off BDI ≥ 14 zum Messzeitpunkt T₀) und einem IQ ≥ 85 , welche keine bereits begonnene Psychotherapie oder Psychopharmakotherapie erhielten und der deutschen Sprache mächtig waren, wurden über die Studie und das entsprechende therapeutische Angebot informiert. Von den 12 Familien, die ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie erteilten, wurde die Therapie anhand des TADS-Manuals bei 11 Familien komplett durchgeführt. Eine Familie brach in der 3. Behandlungswoche auf Wunsch der Patientenmutter die Therapie ab. Die dazugehörigen, bis zum Zeitpunkt des Therapieabbruchs generierten Daten wurden in die statistische Analyse miteinbezogen. Bei einer Familie mit afghanischer Muttersprache wurden die FBB-DES-Ergebnisse nicht in die Auswertung

eingeschlossen. Trotz guten mündlichen Kompetenzen im Deutschen gab der Elternteil erst gegen Ende der Behandlung große Verständnisschwierigkeiten beim Ausfüllen der Bögen an.

Bei einem Patienten stellte sich erst retrospektiv im Behandlungsverlauf heraus, dass eine Medikation mit dem nichtselektiven Monoamin-Wiederaufnahmehemmer Opipramol wenige Tage nach dem Messzeitpunkt T_0 bzw. 3 Wochen vor der ersten Therapiesitzung begonnen worden war. Opipramol ist ein Wirkstoff aus der Gruppe der tri- und tetrazyklischen Antidepressiva mit einer mittleren Halbwertszeit $\tau_{1/2}$ von 8, maximal 11 Stunden (Steady-State nach $4-5 \times \tau_{1/2}$ bzw. nach spätestens 2,5 Tagen erreicht). Diese Medikation wird klassischerweise nur selten zur Behandlung von Depressionen eingesetzt und wurde im Falle des Patienten von seinem Hausarzt in einer Dosierung von 50 mg täglich verschrieben, um die begleitende Angstsymptomatik mit akuten Panikanfällen zu behandeln. Da zum Zeitpunkt der ersten Therapiesitzung mit dem TADS-Manual ein Steady-State der Medikation anzunehmen war und der Patient weiterhin eine depressive Störung leichter bis mittelschwerer Ausprägung sowohl klinisch als auch testpsychologisch aufwies, wurde dieser Fall ebenso in der statistischen Auswertung berücksichtigt.

Klinische und soziodemographische Übersicht

Das Patientenkollektiv bestand aus 3 männlichen (25%) und 9 weiblichen (75%) Jugendlichen im Alter zwischen 13 Jahren und 3 Monaten bzw. 17 Jahre und 5 Monaten zu Beginn der Behandlung (Durchschnittsalter 16 Jahre $\pm 1,2$) (Abbildung 12). Hinsichtlich der Begabung lag der IQ-Mittelwert zwischen 92 und 122 mit einem Mittelwert von 108,08 IQ-Punkten (Standardabweichung $\pm 9,91$). Die Verteilung der Stichprobe nach Schulform zeigte ein Überwiegen von Gymnasiasten/-innen, wenngleich alle Schulformen in der Stichprobe repräsentiert waren (Abbildung 13).

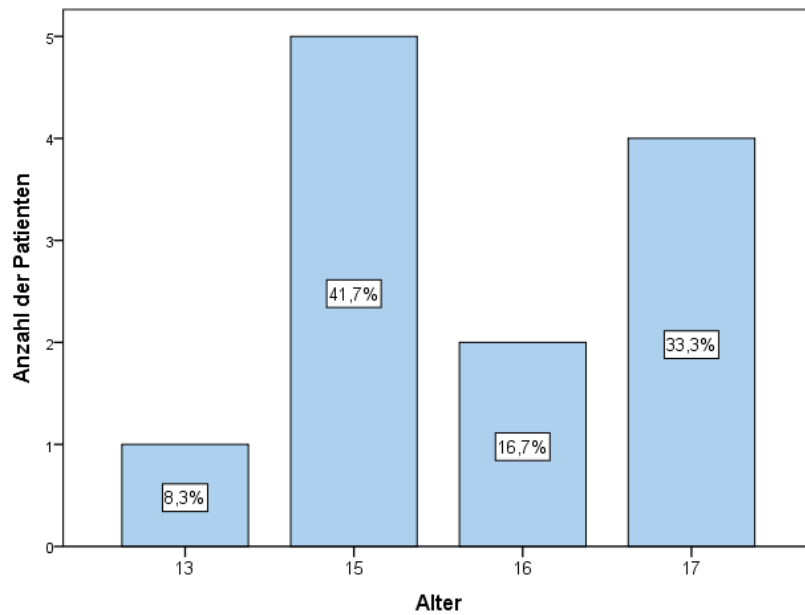


Abbildung 12: Verteilung der Stichprobe nach Alter

(Abbildungen 12 bis 14: Auf der y-Achse: Anzahl der Patienten. Auf den Balken: Prozentualer Anteil der Patienten an der Gesamtteilnehmerzahl. Siehe auch Abbildungen 23 bis 27)

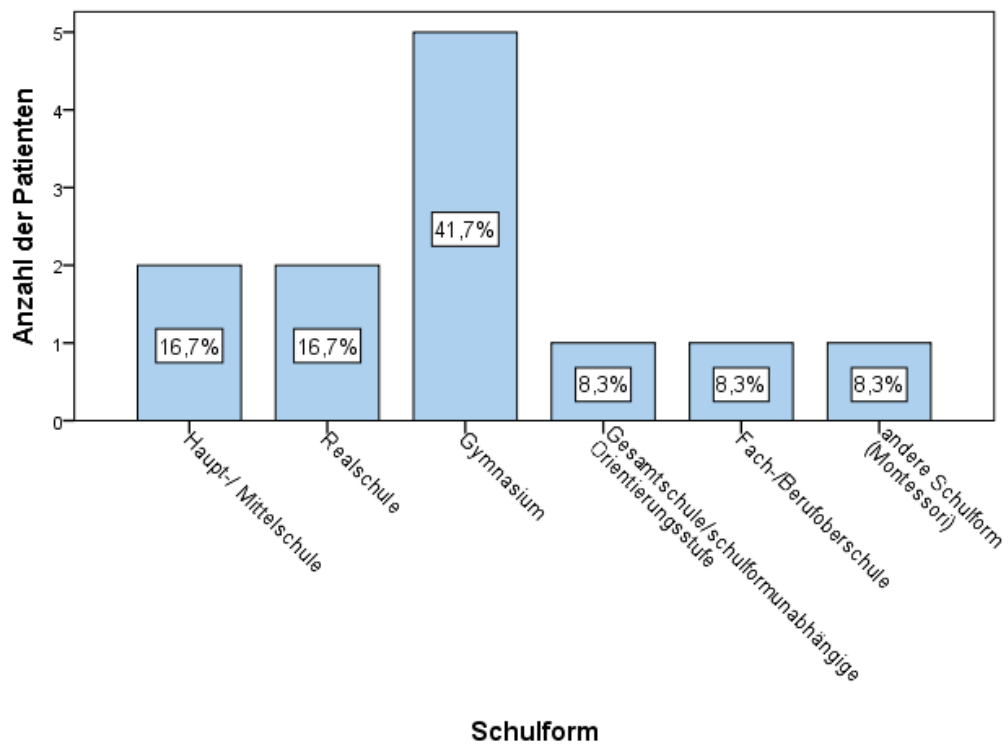


Abbildung 13: Verteilung der Stichprobe nach Schulform

In der Zusammenschau der Anamnese, des klinischen Bildes sowie der erhobenen Befunde wurde auf der ersten Achse des MAS eine primäre Diagnose nach Ende der ambulanten

Diagnostikphase gestellt, der Familie im Abschlussgespräch kommuniziert und fachgerecht im sogenannten „Arztbrief“ dokumentiert. Abbildung 14 zeigt die Verteilung der Hauptdiagnosen nach ICD-10-Kriterien. 41,7% der Patienten erfüllten zudem die Kriterien einer zweiten psychiatrischen Diagnose (psychiatrische Komorbidität): 2 Patienten mit einer *double depression* mit komorbider Dysthymie, 2 Patienten mit einer Diagnose aus dem ängstlichen-phobischen Störungskreis und ein Patient mit einer Essstörung. Psychiatrische Verdachtsdiagnosen wurden von der Analyse ausgeschlossen, ebenso somatische Diagnosen (Achse IV im MAS). Ein Drittel des Patientenkollektivs hatte eine positive Familienanamnese für depressive Störungen bei der Verwandtschaft ersten Grades (Eltern). Bei einem zusätzlichen Drittel der Patienten wurde eine positive Familienanamnese für anderweitige psychiatrische Störungen angegeben.

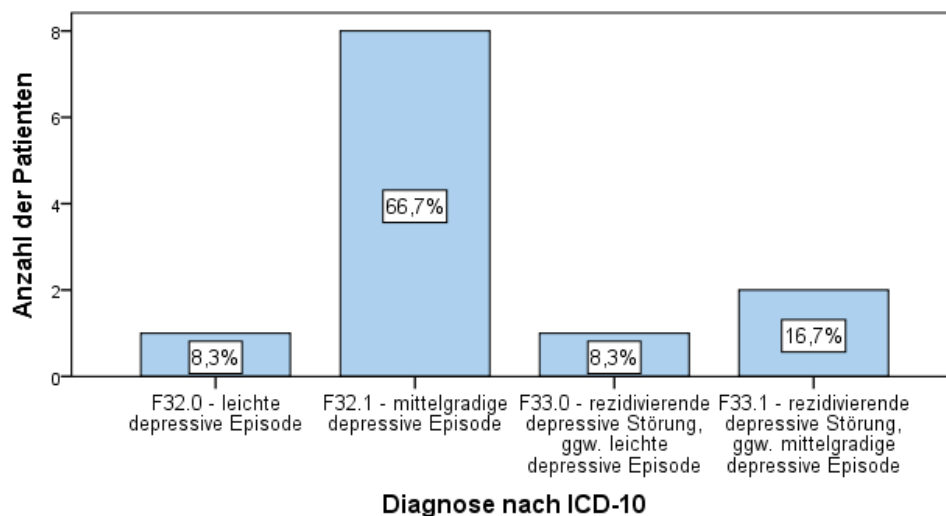


Abbildung 14: Primäre Behandlungsdiagnosen auf Achse I des MAS nach ICD-10

Klinische Daten zu Wirksamkeit

Dimensionale Depressionsmaße: BDI und FBB-DES

Eine Übersicht aller erhobenen Rohwerte für die dimensionalen Depressionsmaße BDI bzw. FBB-DES liefern Abbildung 15 bzw. Abbildung 17. Eine vereinfachte Darstellung der

erhobenen Daten zu den Messzeitpunkten T₋₁, T₀ und T₈ ist in Abbildung 16 und Abbildung 18 gezeigt.

Beide dimensionalen Depressionsmaße wurden einer konservativen Analyse mit nonparametrischen Verfahren unterzogen. Die BDI- bzw. FBB-DES-Werte zu den verschiedenen Messungen stellen die abhängigen Variablen dar und es wurde keine Normalverteilung der Messwerte vorausgesetzt. Der Prä-Post-Vergleich beider Untersuchungsinstrumente wurde mit dem Vorzeichen-Rang-Test von Wilcoxon für verbundene Stichproben durchgeführt. Für den Multiple-Points-Vergleich der wöchentlichen Messungen wurde der Friedman-Test herangezogen. Der Friedman-Test, oder Rangvarianzanalyse für abhängige Stichproben, ist das nichtparametrische Gegenstück zur einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung.

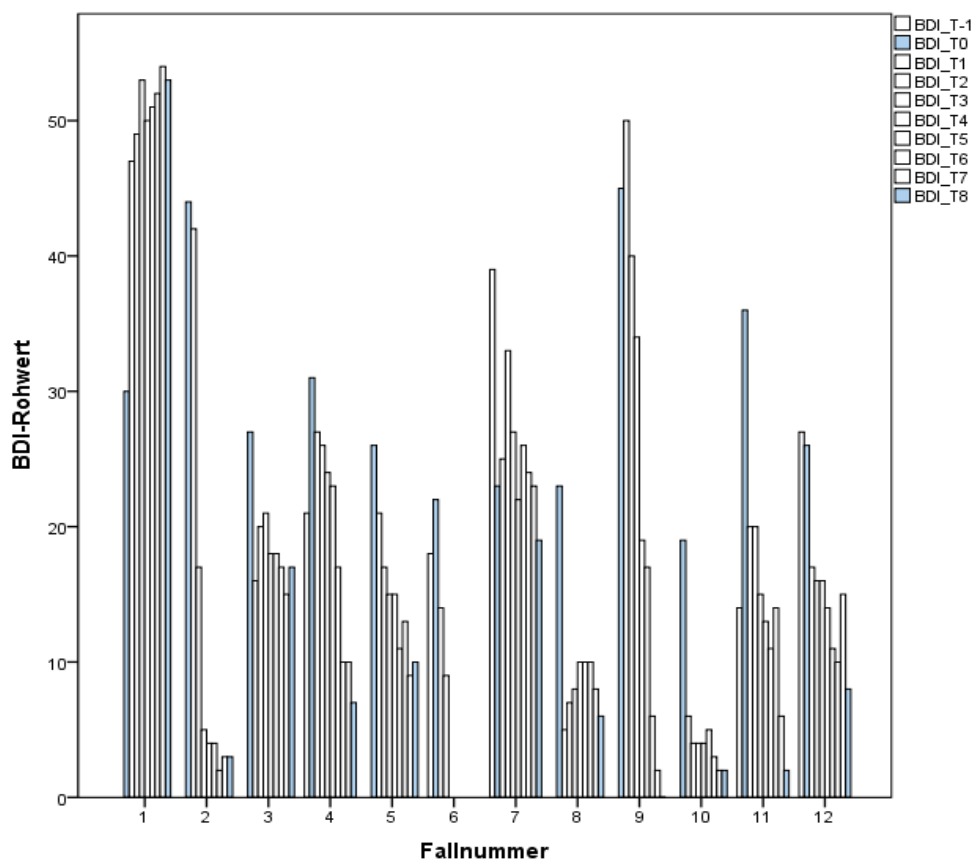
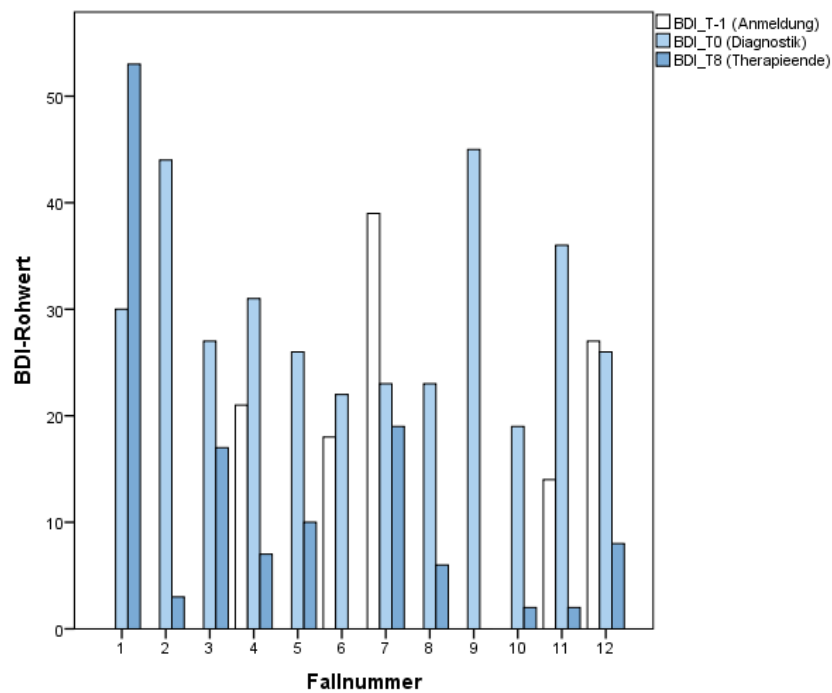


Abbildung 15: Rohwerte für BDI-II gruppiert nach Fallnummer



(Zur besseren Visualisierung der gesamten Ergebnisse ist die dargestellte Skalierung der y-Achse ausgewählt worden. Hier sei vermerkt, dass der BDI-Endwert der Fallnummer 9 auf 0 liegt)

Abbildung 16: Rohwerte für BDI-II zur Zeit der Anmeldung, der Diagnostik und nach Therapieende

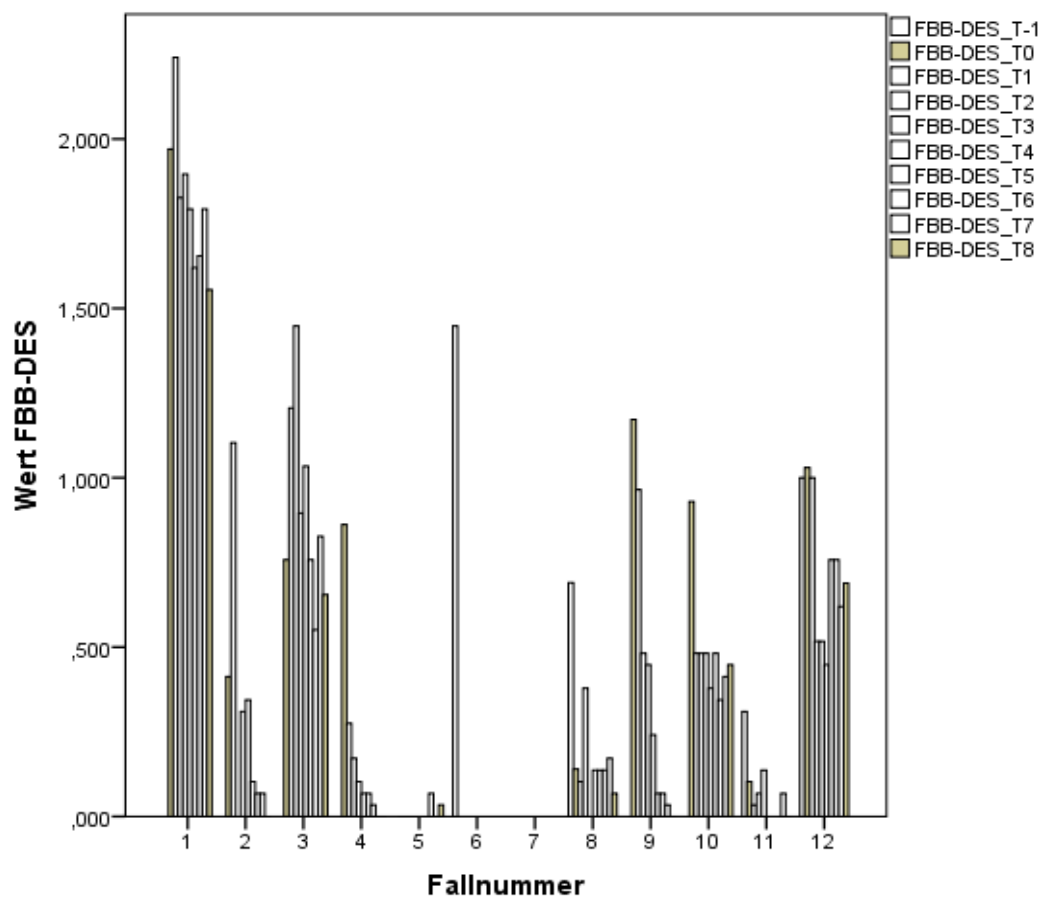


Abbildung 17: Rohwerte für FBB-DES gruppiert nach Fallnummer

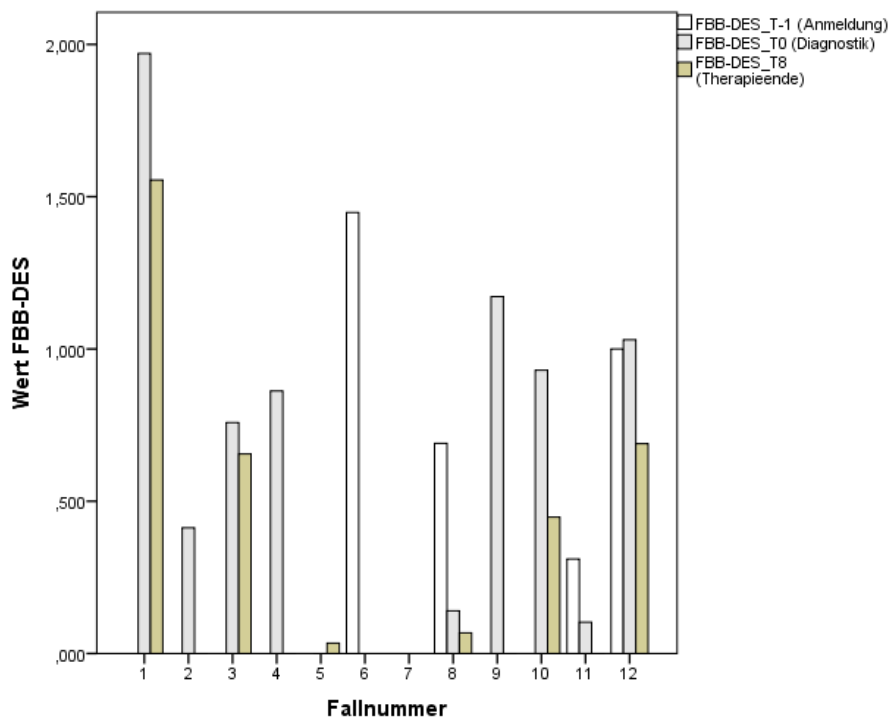


Abbildung 18: Rohwerte für FBB-DES zur Zeit der Anmeldung, der Diagnostik und nach Therapieende

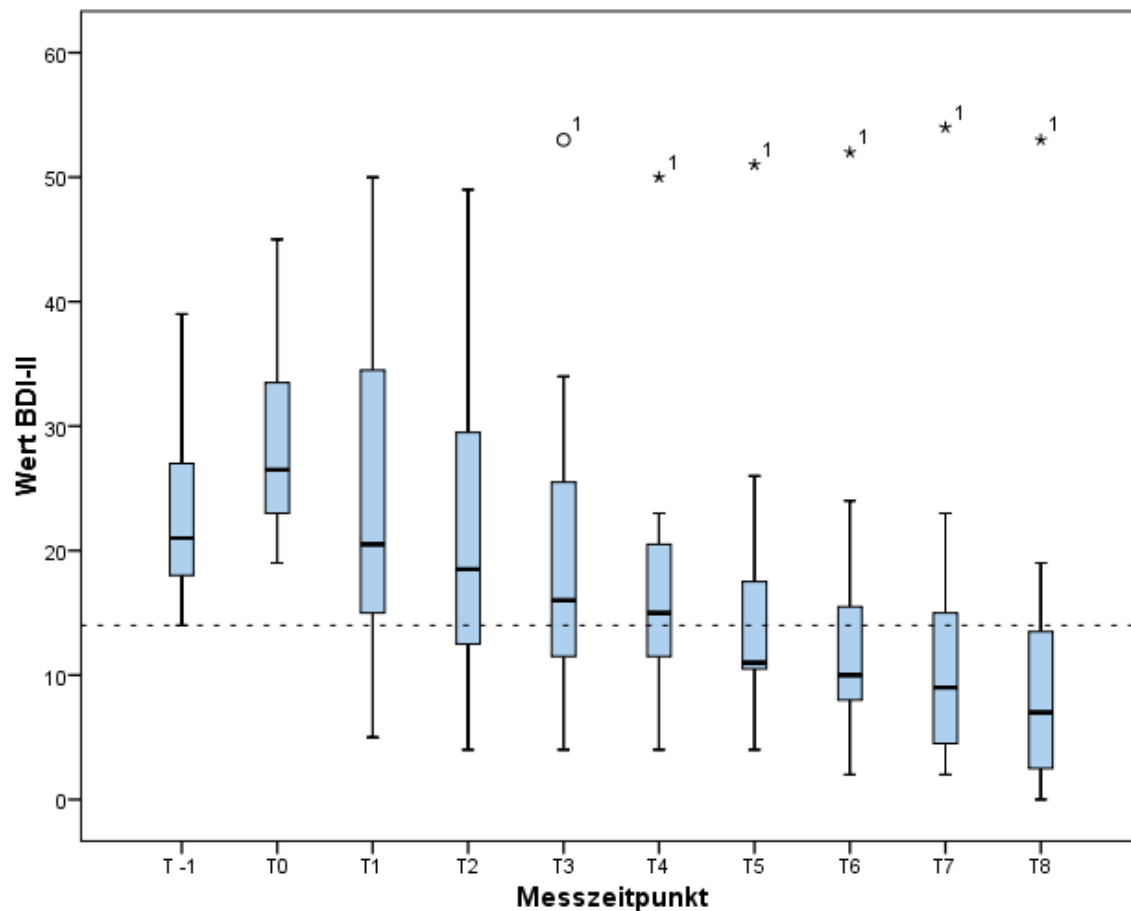
(Die FBB-DES-Endwerte der Fallnummer 2, 4, 9 und 11 sowie der Anfangswert bei Fallnummer 5 liegen bei 0)

Eine erste Annäherung der BDI-Wertveränderungen im Therapieverlauf liefert Abbildung 19. Hier ist eine ausnahmslos absteigende Tendenz der BDI-Medianwerte nach jeder Therapiesitzung zu erkennen, was eine fortschreitende Abnahme der eigenbeobachteten depressiven Symptomatik widerspiegelt. Zudem zeigt sich, dass der BDI-Medianwert bereits ab der fünften Therapiesitzung den Cut-Off-Wert von 14 unterschritt. ($Md_{T5} = 11$).

Während die Quartilwerte P_{25} , P_{50} und P_{75} eine stetig abnehmende Entwicklung zeigten, ergab sich bei der BDI-Selbsteinschätzung in Fallnummer 1 mit Werten zwischen 50 und 54 ab der dritten Therapiewoche ($Md_{T3} = 16$) ein Ausreißerwert, ab der vierten Woche ($Md_{T4} = 15$) ein Extremwert. Mögliche Erklärungen hierfür werden in späteren Abschnitten diskutiert.

Im ursprünglichen Studiendesign wurde die Wertentwicklung zwischen den Messzeitpunkten T_{-1} und T_0 als „Wartezeit-Kontrolle“ angedacht. Leider konnte der BDI-Rohwert zum Messzeitpunkt T_{-1} , wie bereits erwähnt, aus verschiedenen Gründen nicht immer erhoben

werden. Daher wurde in der Inferenzstatistik auf den Messzeitpunkt T₋₁ verzichtet. Deskriptiv lässt sich anhand der vorhandenen Daten eine Steigerung der BDI-Werte zwischen Erstanmeldung T₋₁ und Diagnostikphase T₀, bzw. eine Verschlechterung der eigenbeobachteten Symptomatik bei unbehandelter Depression, feststellen ($Md_{T-1} = 21$, $N_{T-1} = 5$; $Md_{T0} = 26,5$, $N_{T0} = 12$).



Legende:

- Medianwert (Md)
- Interquartilabstand zwischen 75. Perzentil (P_{75} bzw. Q_3) und 25. Perzentil (P_{25} bzw. Q_1) („Box“)
- ┐ maximal erfasster Messwert
- └ minimal erfasster Messwert
- Ausreißerwert (Abstand von $P_{75} > 1,5 \times$ Interquartilabstand [$P_{75} - P_{25}$])
- ★ Extremwert (Abstand von $P_{75} > 3 \times$ Interquartilabstand [$P_{75} - P_{25}$])
- .-.- Cut-Off für Depression (Punktezah 14 im BDI-II)

Abbildung 19: Zeitlicher Verlauf der BDI-II-Rohwerte in der gesamten Stichprobe

Abbildung 19 zeigt, dass sich der Median im BDI von Messzeitpunkt T₀ zu Messzeitpunkt T₈ reduzierte. Zum Prä-Post-Vergleich wurden die 11 validen Variablenpaare BDI_{T0} und BDI_{T8}

einer Analyse mit dem Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben (Abbildung 20) unterzogen. (einseitige Alternativhypothese $H_1: Md_{T0} > Md_{T8}$ bzw. $BDI_{T8} - BDI_{T0} < 0$). Es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Messzeitpunkten nachgewiesen werden (exakter Wilcoxon-Test, $z = -2,31$, $p = 0,008$, $N = 11$). Zwischen T_0 ($Md_{T0} = 27$) und T_8 ($Md_{T8} = 7$) zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Depressionssymptomatik nach dem Selbstbeobachtungsbogen BDI-II. Die Effektstärke nach Cohen lag bei $d = 0,70$ und entsprach einem mittleren Effekt. Es ergab sich eine post-hoc-Teststärke von $1 - \beta = 0,91$ (β -Fehler $< 20\%$, signifikant).

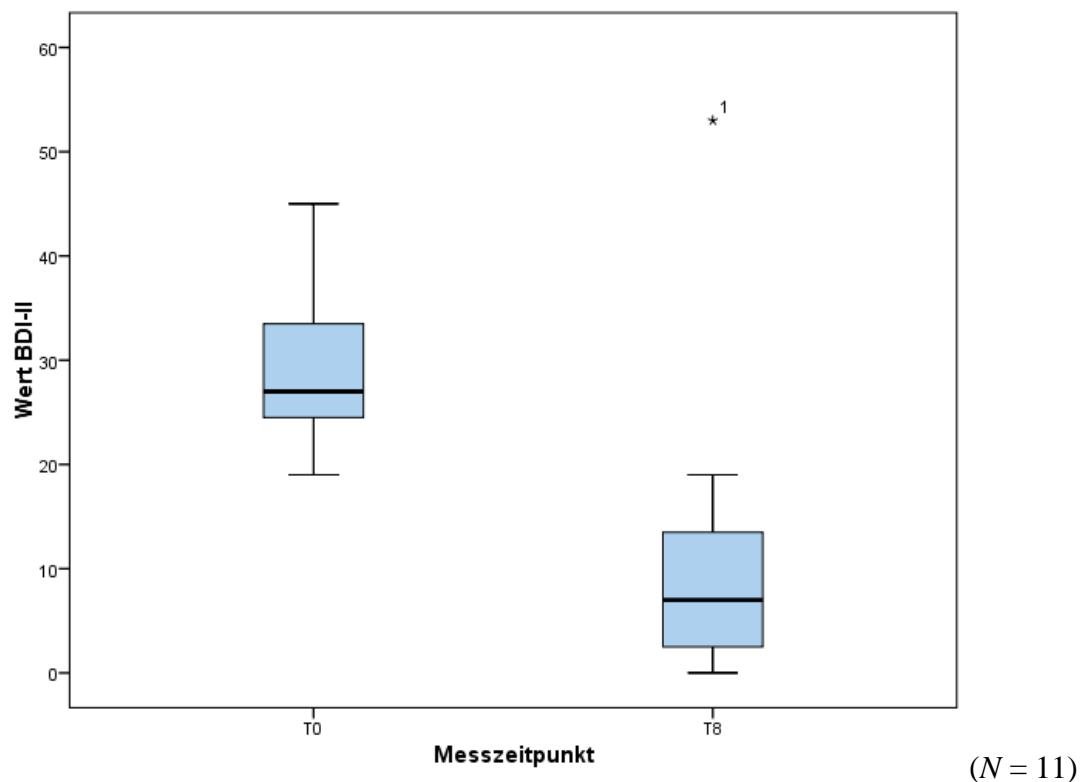


Abbildung 20: Prä-Post-Vergleich der BDI-Werte vor und nach der TADS-Behandlung (N = 11)

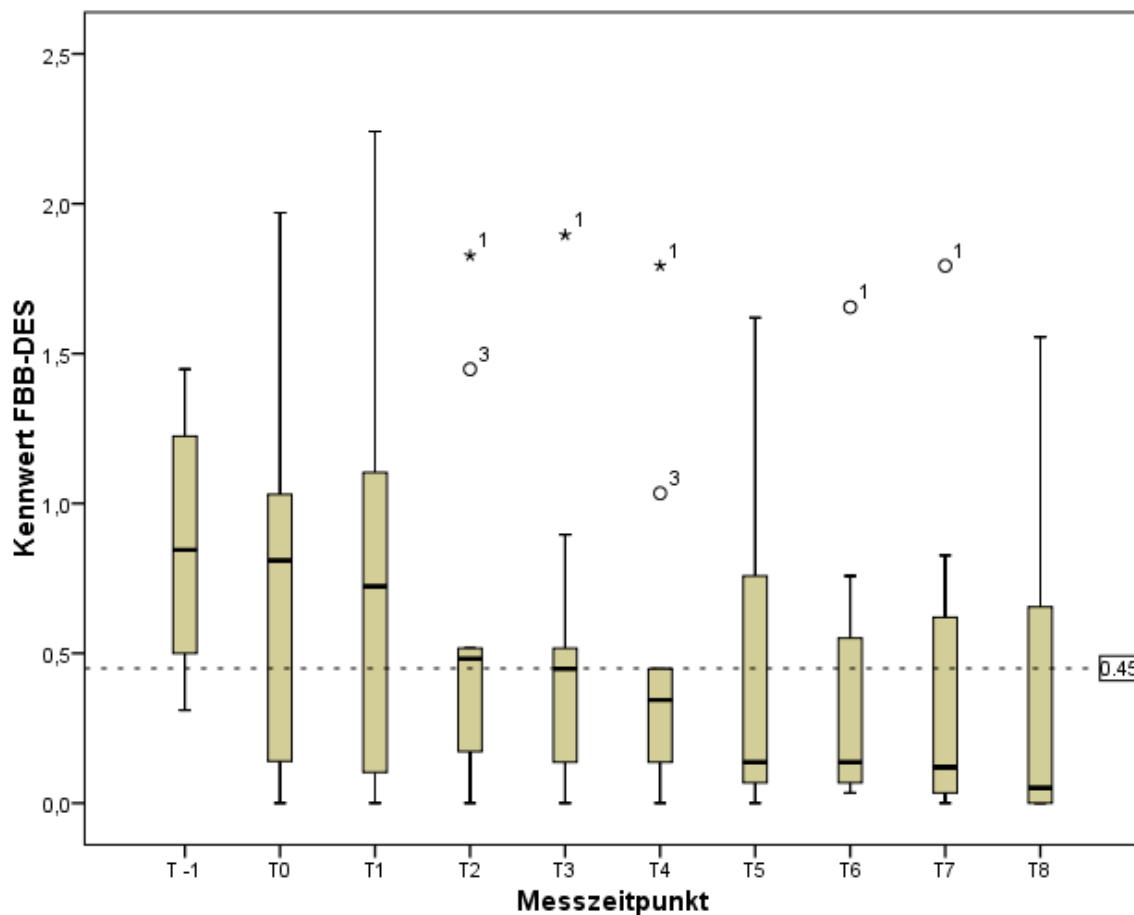
Im Multiple-Points-Vergleich wurde untersucht, ob sich die fortlaufenden Therapiesitzungen auf die Depressivität im Sinne einer Reduktion der angegebenen Symptomatik auswirkte. Auch hier wurde eine einseitige Alternativhypothese gestellt. Es zeigten sich signifikante Unterschiede der BDI-Werte zu den verschiedenen Messzeitpunkten (Friedman-Test: $\chi^2(8) = 36,74$, asymptotisch signifikant, $p < 0,001$, $N = 11$, Teststärke $1 - \beta > 0,99$). Darüber hinaus zeigen die Mediane eine stetige abnehmende Entwicklung über die Messzeitpunkte (s. Anhang:

Berechnungen für Multiple-Points-Vergleich: Friedman-Test). Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur würde bei einer Anzahl von 36 Paarvergleichen das Signifikanzniveau bei $\alpha/36 = 0,0014$ liegen; um diese sehr konservative Korrekturmethode entgegen zu wirken wurde ein Signifikanzniveau von $p_{angepasst} < 0,01$ (exakte Signifikanz, 1-seitig) akzeptiert. Anschließend durchgeführte Post-hoc-paarweise Vergleiche mittels Wilcoxon-Vorzeichenrangtest bei verbundenen Stichproben zeigten signifikante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten T_8 und: T_0 ($z = -2,313, p = 0,008$), T_2 ($z = -2,580, p = 0,003$), T_3 ($z = -2,812, p = 0,001$), T_4 ($z = -2,536, p = 0,004$), T_5 ($z = -2,585, p = 0,004$), T_6 ($z = -2,403, p = 0,008$); zwischen den Messzeitpunkten T_7 und: T_2 ($z = -2,404, p = 0,007$) und T_3 ($z = -2,655, p = 0,003$); zwischen den Messzeitpunkten T_6 und: T_2 ($z = -2,407, p = 0,006$) und T_3 ($z = -2,542, p = 0,004$) und zwischen den Messzeitpunkten T_5 und T_3 ($z = -2,363, p = 0,008$).

Da ein Ziel der Therapie eine signifikante Reduktion der selbstwahrgenommenen Depressivität war, kann an dieser Stelle gefolgert werden, dass sich die gewünschte Wirkung zeigte (Hypothese 1a).

Analog zur Abbildung 19 wird in der Abbildung 21 eine Abnahmetendenz der durch die Eltern des Patienten, fremdbeobachteten Depressivität im Therapieverlauf deutlich. Die Medianwerte der ausgewerteten FBB-DES-Bögen zeigten eine stetig absteigende Entwicklung, mit einer Unterschreitung des Kennwertes von 0,45 Punkten in der Gesamtskala (was nach den Normtabellen der konservativste Wert aller Alters- und Geschlechtskategorien für eine klinisch unauffällige Depression / Stanine 7 darstellt) bereits nach der dritten Therapiesitzung ($Md_{T3} = 0,45, N = 9$). Allerdings war diese kontinuierlich abnehmende Entwicklung im Gegensatz zu den BDI-Werten nicht auf die Quartile P_{25} und P_{75} extrapolierbar. Genau wie bei der Selbstbeobachtung zeigten sich bei der Fallnummer 1 Ausreißer- bzw. Extremergebnisse. Auch fanden sich bei Fallnummer 3 Ausreißerwerte in zwei Messungen. Die FBB-DES-Werte zum Messzeitpunkt T_{-1} werden bei $N_{T-1} = 4$ nicht in die Unterschiedsprüfungsanalyse einbezogen.

Die leichte Abnahme des FBB-DES-Medianwerts in der “Wartezeit” zwischen T_{-1} ($Md_{T-1} = 0,845$) und T_0 ($Md_{T0} = 0,81$) ist ebenso aufgrund der niedrigen Datenzahl bei T_{-1} schwer interpretierbar.



Legende:

- Medianwert
- IQA zwischen P_{75} bzw. Q_3 und P_{25} bzw. Q_1
- maximal erfasster Messwert
- minimal erfasster Messwert
- Ausreißerwert (Abstand von $P_{75} > 1,5 \times$ Interquartilabstand [$P_{75} - P_{25}$])
- ★ Extremwert (Abstand von $P_{75} > 3 \times$ Interquartilabstand [$P_{75} - P_{25}$])
- .-.- Score FBB-DES 0,45 (entspricht weitgehend Cut-Off für Stanine 7 bzw. einer klinisch unauffälligen Depression; s. Anhang: Normtabellen Elternurteil FBB-DES bei Mädchen und Normtabellen Elternurteil FBB-DES bei Jungen)

Abbildung 21: Zeitlicher Verlauf der FBB-DES-Werte in der gesamten Stichprobe

In der Abbildung 22 wird der Prä-Post-Vergleich der Werte im FBB-DES dargestellt. Die Depressivitätswerte aus der Fremdbeobachtung (Elternurteil) waren nach der Therapie signifikant niedriger ($Md_{T8} = 0,05$) als davor ($Md_{T0} = 0,81$; exakter Wilcoxon-Test, $z = -2,7$,

$p = 0,002, N = 10$). Die Effektstärke $d = 0,85$ entsprach einem starken Effekt nach Cohen. Die post-hoc-Teststärke lag bei $1 - \beta = 0,99$ und war statistisch signifikant.

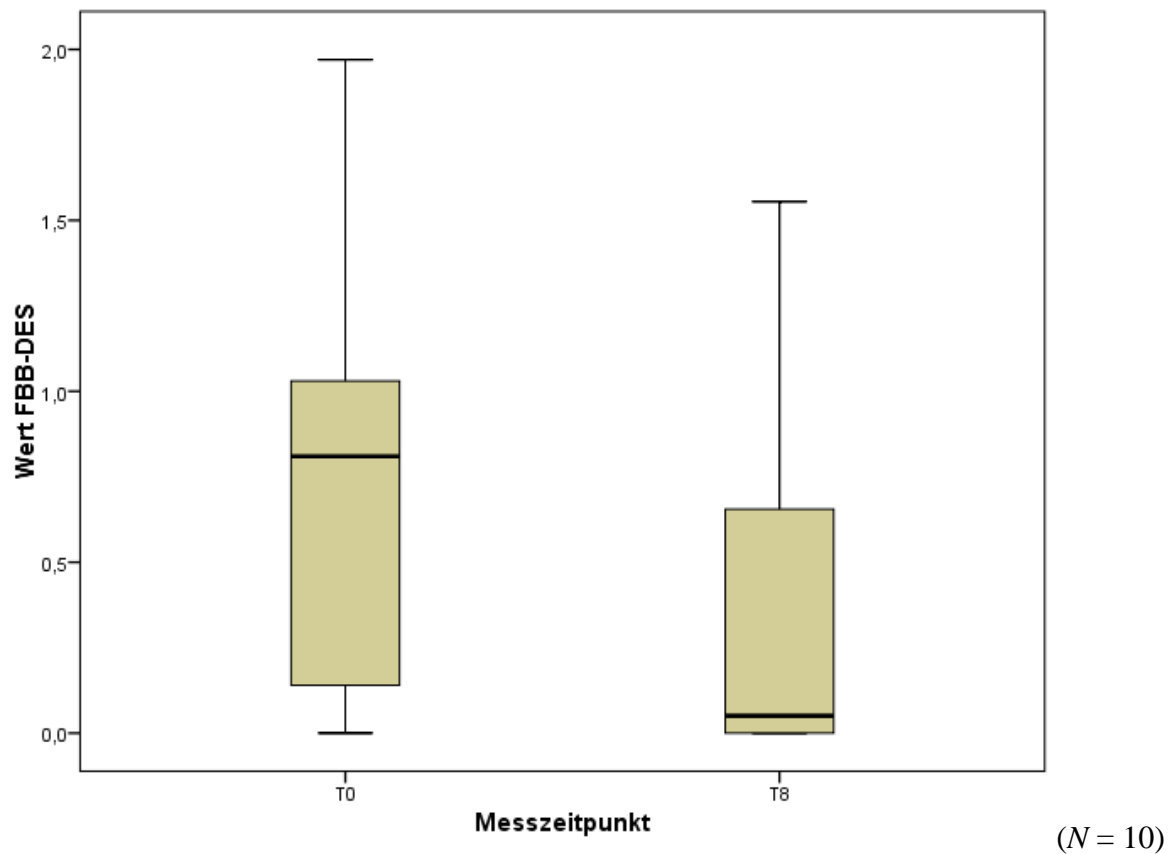


Abbildung 22: Prä-Post-Vergleich der Werte im FBB-DES vor und nach der TADS-Behandlung

Zum Multiple-Points-Vergleich wurde die einseitige Hypothese getestet, ob der Therapieverlauf mit einer Reduktion der von den Eltern beobachteten Depressivität einherging. Lediglich für 7 Familien konnten FBB-DES-Daten über die gesamten Messzeit gewonnen und im Multiple-Points-Vergleich verwendet werden. Obwohl sich die FBB-DES-Werte der einzelnen Messpunkte signifikant unterschieden (Friedman-Test: $\chi^2(8) = 21,13$, asymptotisch signifikant, $p = 0,007, N = 7$, Teststärke $1 - \beta = 0,93$), war das Ergebnis schwer zu interpretieren. Anhand der Medianwerte ließ sich kein konstantes Muster über die Zeit hinweg erkennen. Die anschließend durchgeführten paarweisen Vergleiche nach Wilcoxon mit adjustiertem Signifikanzniveau ($p_{angepasst} < 0,01$; exakte Signifikanz, 1-seitig) zeigten einen

signifikanten Unterschied zwischen den Messzeitpunkten T₈ und: T₀ ($z = -2,703$, $p = 0,002$), T₁ ($z = -2,606$, $p = 0,004$) und T₅ ($z = -2,497$, $p = 0,006$) sowie zwischen den Messzeitpunkten T₆ und T₀ ($z = -2,429$, $p = 0,006$), T₅ und T₀ ($z = -2,366$, $p = 0,008$), T₄ und T₁ ($z = -2,38$, $p = 0,008$) und T₄ und T₂ ($z = -2,366$, $p = 0,008$).

Da ein weiteres Ziel der Therapie eine signifikante Reduktion der von den Eltern wahrgenommenen depressiven Symptomatik des Patienten nach der ambulanten Behandlung war, kann an dieser Stelle gefolgert werden, dass sich die gewünschte Wirkung nach der Behandlung statistisch signifikant eingestellt hatte (Hypothese 1b).

Kategoriales Depressionsmaß: Kinder-DIPS

Während der Diagnostikphase (Messzeitpunkt T₀) wurden alle Items des Interviewverfahrens Kinder-DIPS bei der gesamten Stichprobe ($N = 12$) erfragt, da dies einen wichtigen Baustein bei der Rekrutierung darstellte, um eine Entscheidung über die Ein- und Ausschlusskriterien treffen zu können. Nach Ende der Behandlung (Messzeitpunkt T₈) wurden die Items “Major Depression” und “Dysthyme Störungen” nur bei 10 Patienten erhoben, da ein Patient nicht zum vereinbarten Katamnesetermin erschien und ein weiterer Patient die Therapie bereits abgebrochen hatte. Die Ergebnisse im Kinder-DIPS zum Vorliegen der Diagnose “Major Depression” und “Dysthyme Störungen” zu den Messzeitpunkten T₀ und T₈ sind in der Tabelle 6 dargestellt.

Fallnummer	Depression vor Behandlung	Depression nach Behandlung	Dysthymie vor Behandlung	Dysthymie nach Behandlung
1	F32.1	F32.1	F34.1	F34.1
2	F33.1	keine	keine	keine
3	F32.1	fehlt	keine	fehlt
4	F32.1	keine	keine	keine

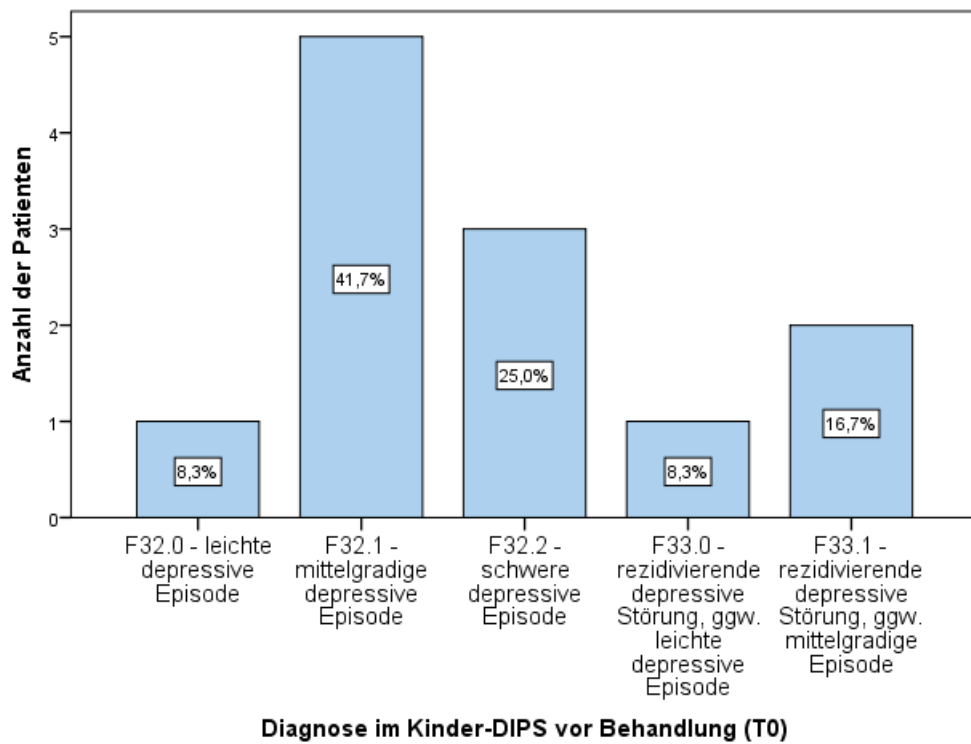
5	F33.0	keine	keine	keine
6	F32.0	fehlt	keine	fehlt
7	F32.2	keine	keine	keine
8	F32.2	keine	keine	keine
9	F33.1	keine	keine	keine
10	F32.1	keine	F34.1	keine
11	F32.1	keine	keine	keine
12	F32.2	keine	keine	keine

Legende:

F32.0	leichte depressive Episode
F32.1	mittelgradige depressive Episode
F32.2	schwere depressive Episode
F33.0	rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode
F33.1	rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode
F33.2	rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode
F34.1	Dysthymie
keine	Diagnose nicht erfüllt
fehlt	fehlender Wert

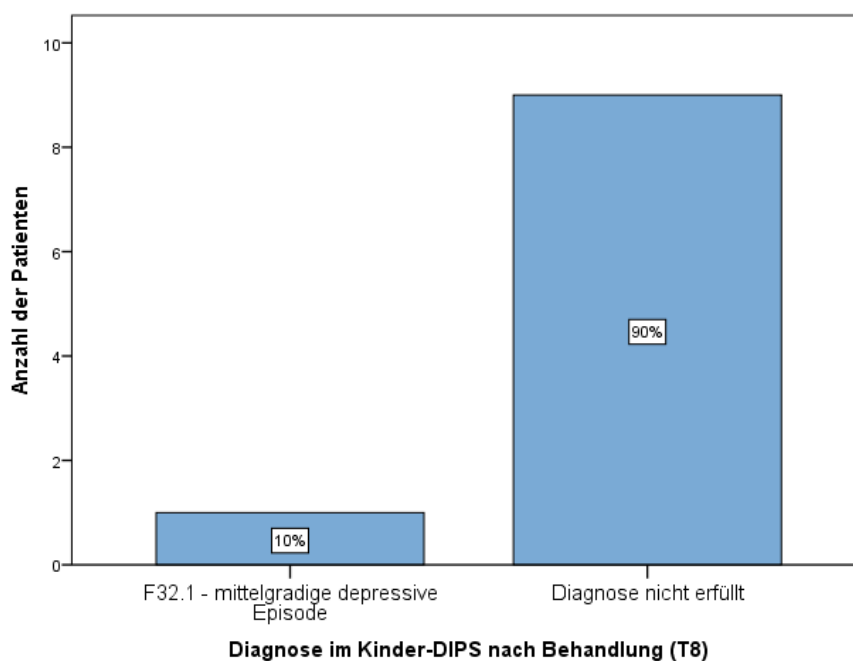
Tabelle 6: Diagnosen “Major Depression” und “Dysthyme Störung nach Kinder-DIPS-Interview vor und nach der Behandlung

Zur Zeit der Diagnostikphase waren im Kinder-DIPS die Diagnosekriterien für eine depressive Störung nach ICD-10 bei der gesamten Stichprobe erfüllt (100%, $N = 12$). Abbildung 23 liefert eine Übersicht über die Häufigkeit jeder einzelnen Diagnosekategorie, wobei die Kategorie “F32.1 – mittelgradige depressive Episode” am häufigsten vertreten war. Nach Ende der Behandlung waren im Kinder-DIPS die Kriterien einer depressiven Störung lediglich bei Fallnummer 1 erfüllt (10%, $N = 10$), wie in Abbildung 24 dargestellt. Zusätzlich waren vor Behandlungsbeginn 2 Patienten von einer dysthymen Störung betroffen (16,7%, $N = 12$) (Abbildung 25), von welchen Fallnummer 1 die Diagnose nach der Intervention weiterhin erfüllte (10%, $N = 10$) (Abbildung 26). Es ergab sich eine signifikante Reduktion der Häufigkeit einer depressiven Störung von 100% auf 10% (exakter McNemar-Test für verbundene Stichproben, $p = 0,002$, $N = 10$).



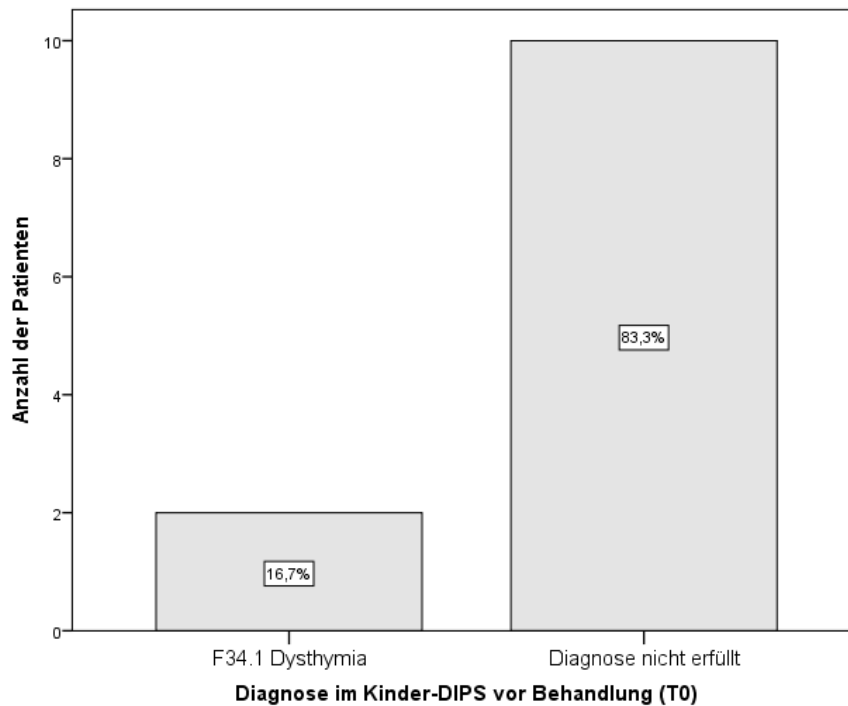
(N = 12)

Abbildung 23: Diagnose im Kinder-DIPS zum Messzeitpunkt T₀, Item “Major Depression”



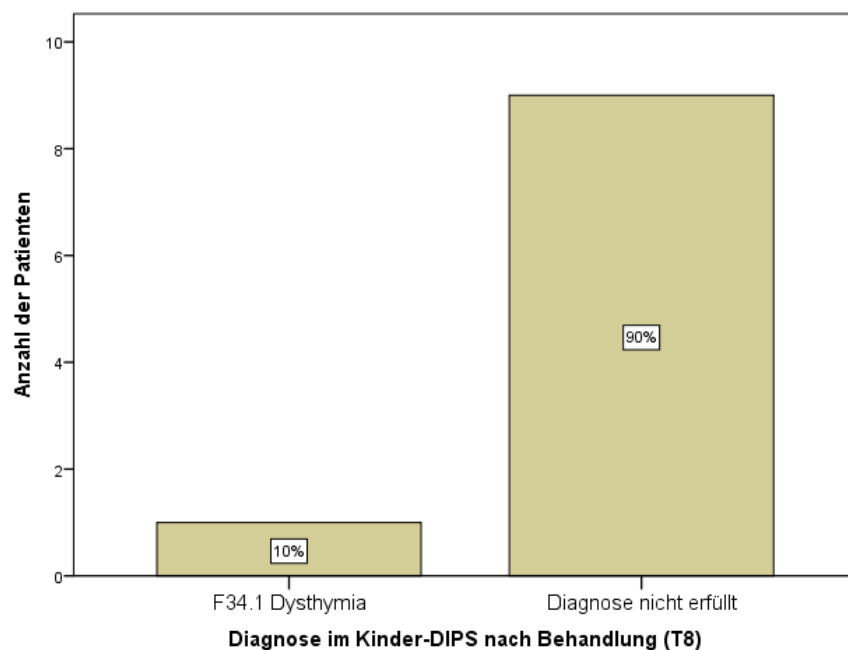
(N = 10)

Abbildung 24: Diagnose im Kinder-DIPS zum Messzeitpunkt T₈, Item “Major Depression”



(N = 12)

Abbildung 25: Diagnose im Kinder-DIPS zum Messzeitpunkt T₀, Item “Dysthymia”



(N = 10)

Abbildung 26: Diagnose im Kinder-DIPS zum Messzeitpunkt T₈, Item “Dysthymia”

Da die Therapie eine signifikante Reduktion der Häufigkeit der Diagnosen einer depressiven Störung, untersucht mit dem Kinder-DIPS, als weiteres Ziel hatte, kann an dieser Stelle gefolgert werden, dass sich die erwartete Wirkung zeigte (Hypothese 2).

Globales Depressionsmaß: CGI-I

Nach der Intervention wurde die Veränderung des Gesamt-Krankheitszustandes anhand des CGI-I beurteilt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 7 dargestellt.

Fallnummer	Skalacore im CGI-I	Zustandsveränderung
1	3	Zustand nur wenig besser
2	1	Zustand sehr viel besser
3	2	Zustand viel besser
4	1	Zustand sehr viel besser
5	1	Zustand sehr viel besser
6	-	(Therapie abgebrochen)
7	2	Zustand viel besser
8	1	Zustand sehr viel besser
9	1	Zustand sehr viel besser
10	3	Zustand nur wenig besser
11	3	Zustand nur wenig besser
12	3	Zustand nur wenig besser

Tabelle 7: Veränderung des Gesamt-Krankheitszustands nach Ende der Behandlung (Messzeitpunkt T₈), beurteilt mit dem Untersuchungsinstrument CGI-I

Bei allen Patienten, bei welchen die achtwöchige Behandlung durchgeführt wurde, wurde ein Therapieerfolg festgestellt (100%, $N = 11$). Dabei wurde der Therapieerfolg bei der Mehrheit der Patienten als sehr groß eingeschätzt, wie in Abbildung 27 dargestellt ist. Der Mittelwert lag bei 1,91 in der CGI-I-Skala (Standardabweichung $\pm 0,94$).

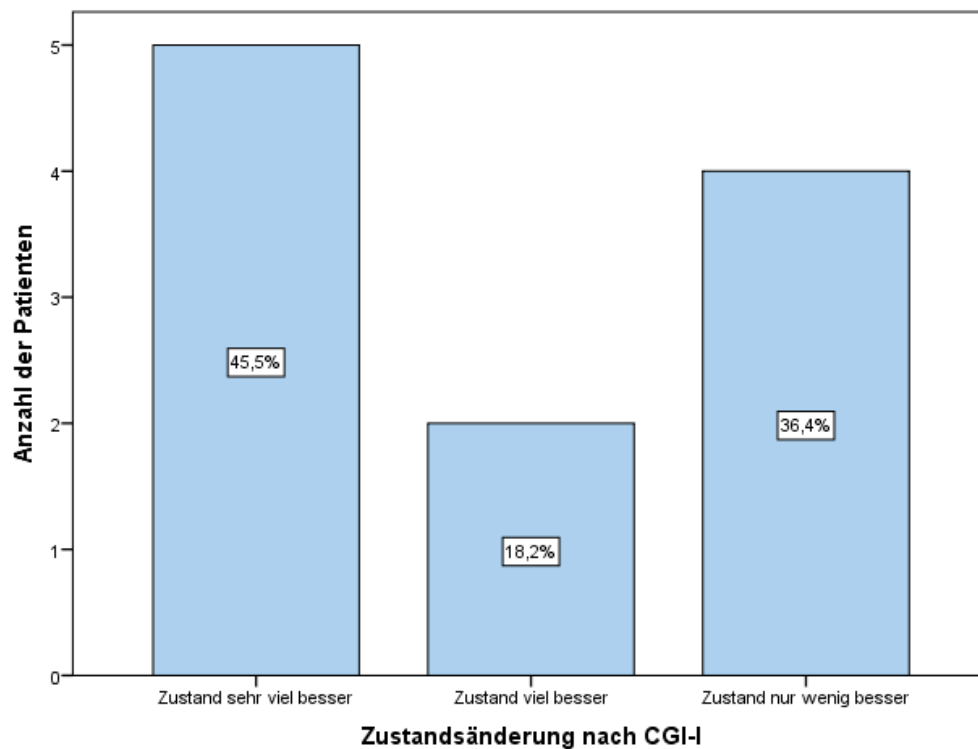


Abbildung 27: Einschätzung des Veränderungen im Schweregrads der Depression nach Ende der Behandlung

Da die Intervention eine bedeutsame Veränderung im Sinne eines Therapieerfolgs auf dem CGI-I zum weiteren Ziel hatte, muss an dieser Stelle gefolgert werden, dass sich der erwartete Effekt zeigte (Hypothese 3).

Hinsichtlich des Fortbestehens der Wirksamkeit der Intervention nach Beendigung der ambulanten Therapie folgt an dieser Stelle eine kurze Anmerkung zur katamnestischen Inanspruchnahme einer jugendpsychiatrischen Weiterbehandlung: Bei 4 Patienten stand bereits zu Beginn der ambulanten TADS-Therapie der eventuelle Bedarf einer stationären KJP-Weiterbehandlung im Raum. Dieser Bedarf konnte bei 3 Patienten erfolgreich abgewandt werden. Diese 3 Patienten erreichten ein Score von 3 (“Zustand ist sehr viel besser”) im CGI-I. Beim vierten Patienten (CGI-Score 2, “Zustand ist viel besser”) war ebenfalls keine vollstationäre Behandlung mehr indiziert; zur Zeit der letzten Konsultation in unserer Klinik war eine teilstationäre Behandlung in einer jugendpsychiatrischen Tagesklinik anvisiert.

Innerhalb der Stichprobe erreichten die zwei Patienten mit der Zusatzdiagnose Dysthymia den höchsten Score im CGI-I (3, "Zustand nur wenig besser"). Zwei Monate nach Ende der Intervention wurden die Patienten teil- (Fallnummer 10) bzw. vollstationär (Fallnummer 1) in unserer Klinik aufgenommen. Ein Patient mit demselben Score = 3 im CGI-I wurde zur Behandlung von psychiatrischer Komorbidität zwei Monate nach Interventionsende teil- und schließlich stationär aufgenommen.

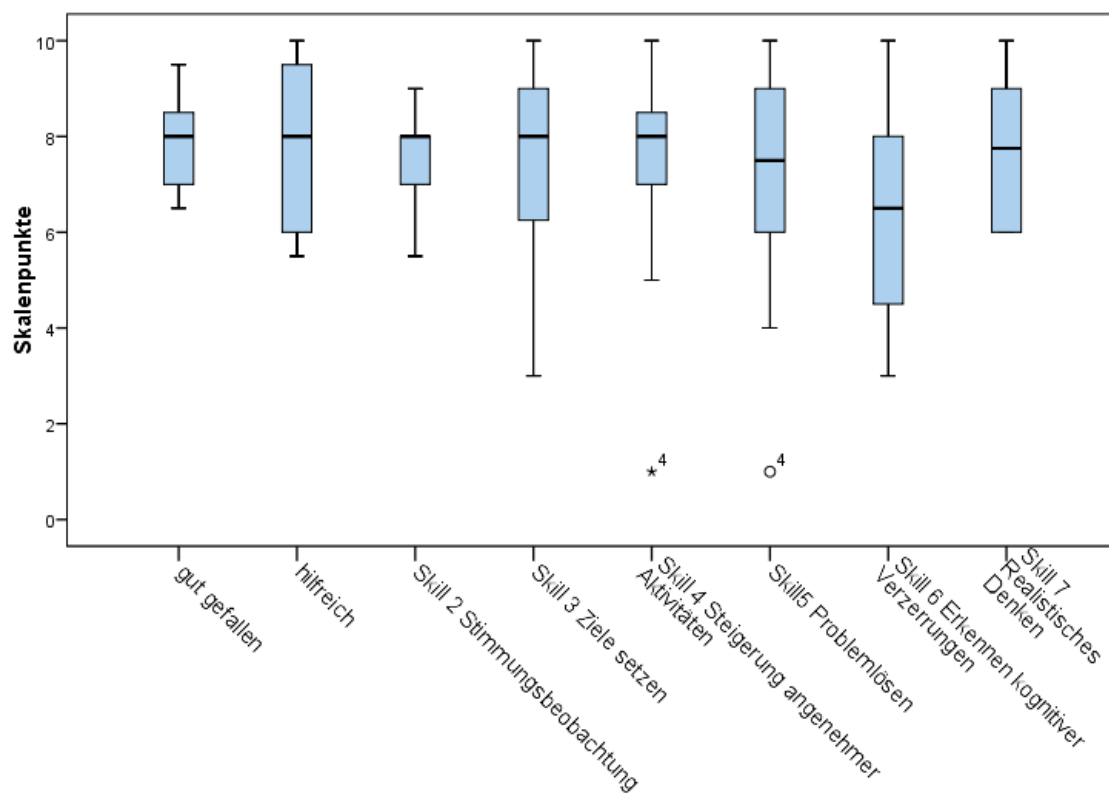
Evaluation der Zufriedenheit nach der Behandlung

Der Fragebogen "Evaluation der Zufriedenheit nach der TADS-Behandlung" wurde für diese Studie konzipiert und diente dazu, dem Patienten einen offenen Raum für individuelle Erfahrungen zu bieten. Der Fragebogen beinhaltete zwei differenzierte Abschnitte.

Der erste Abschnitt befasste sich mit einer quantitativen Auswertung des Programms anhand von 10-stufigen Beurteilungsskalen des gesamten Programms sowie der einzelnen Sitzungen. Je höher die Werte auf der Skala, umso positiver war die Beurteilung des Patienten. Die Aussagen "Das Programm hat mir gut gefallen" und "Ich habe das Programm hilfreich gefunden" erreichten dabei Mittelwerte von 7,88 bzw. 7,81 von 10 möglichen Punkten (N = 8). Von den einzelnen Sitzungen wurden die Skills "Stimmungsbeobachtung" mit 7,5 und "Realistisches Denken" mit 7,65 Durchschnittspunkten am besten bewertet. Die Fertigkeit der sechsten Einzelsitzung "Erkennen kognitiver Verzerrungen" bildete mit 6,35 Punkte das Schlusslicht zwischen den einzelnen Skills. Die Ergebnisse werden in Tabelle 8 detailliert. Eine graphische Darstellung auf Basis der Medianwerte folgt in Abbildung 28.

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard abweichung	Median
Gut gefallen	8	7	10	7,88	1,026	8
Hilfreich	8	6	10	7,81	1,811	8
Skill 2: Stimmungsbeobachtung	11	6	9	7,50	1,025	8
Skill 3: Ziele setzen	11	3	10	7,32	2,348	8
Skill 4: Steigerung angenehmer Aktivitäten	10	1	10	7,15	2,539	8
Skill 5: Problemlösen	10	1	10	6,95	2,753	7,5
Skill 6: Erkennen kognitiver Verzerrungen	10	3	10	6,35	2,261	6,5
Skill 7: Realistisches Denken	10	6	10	7,65	1,415	7,75

Tabelle 8: Ergebnisse der Beurteilungsskalen zur Evaluation der Therapiezufriedenheit



Legende:

- Medianwert (*Med*)
- IQA
- ┐ maximal erfasster Messwert
- └ minimal erfasster Messwert
- Ausreißerwert (Abstand von $P_{75} > 1,5 \times \text{Interquartilabstand } [P_{75} - P_{25}]$)
- ★ Extremwert (Abstand von $P_{75} > 3 \times \text{Interquartilabstand } [P_{75} - P_{25}]$)

Abbildung 28: Ergebnisse der Beurteilungsskalen des Fragebogens zur Evaluation der Therapiezufriedenheit

Der zweite Abschnitt des Evaluationsfragebogens wurde als qualitatives Feedback entworfen und ermutigte die Patienten dazu, ihre persönlichen Anregungen, konstruktiven Kritik und Verbesserungsvorschläge einzubringen. Positiv hervorgehoben wurde die Anwendbarkeit des Therapieprogramms, welche einen einfachen Transfer in den Alltag des Patienten möglich machten:

- „arbeiten mit eigenen oder realistischen Beispielen, realitätsnah“
- “Methoden gut anzuwenden. Ich konnte Gelerntes sofort zu Hause nutzen. Anwendung durch Hausaufgaben“
- „viele hilfreiche Dinge fürs Leben gelernt, mit denen man größere Probleme vermeiden kann“
- „es hat mir bei meinen Problemen geholfen: man kann sich auf seine Ziele konzentrieren, wird wieder aktiver, das Skill “Realistisches Denken“ hilft, die Angst zu bekämpfen“.

Gleichzeitig wurde die persönliche, als sehr positiv erlebte therapeutische Beziehung betont, die innerhalb der Therapiemanualisierung (mit vorausgesetzter Dauer und Inhalt) keinesfalls verloren ging:

- „dass ich mich verstanden gefühlt habe“
- “besonders gut fand ich die Zusammenarbeit mit der Therapeutin. Ich hatte das Gefühl, dass ich nicht unwichtig bin und alles getan wird, um mir zu helfen“
- „wie persönlich die Atmosphäre war → Vertrauen fällt leichter“
- „dass ich so offen reden konnte und mir zugehört wurde und gleich Lösungen zusammengefounden wurden“

Positiven Anklang fanden ebenso die psychoedukativen Ansätze (“ich habe viel über Depressionen erfahren“; “außerdem habe ich mich erstmals aus einer anderen Perspektive gesehen“).

Als negative Rückmeldungen fanden sich die Grenzen eines manualisiertem Verfahrens, konkret: im Voraus festgelegte Inhalte und Dauer. Auch die Nachhaltigkeit des Gelernten nach Therapieende wurde in Frage gestellt:

- „dass nicht 100% auf die Person eingegangen wurde“ (wie in probatorischen psychotherapeutischen Einzelsitzungen erlebt) „sondern ein allgemeines Programm war“
- „teilweise war ich mit dem Programm unterfordert, da ich viele Sachen bereits intuitiv gemacht habe“
- „die Zeit der Therapie sollte definitiv verlängert werden, denn 8 Wochen sind viel zu kurz um so vieles zu lernen. Auch die Skills sind nicht alle hilfreich, manche eher lästig“
- „dass es nur für eine Zeitlang hilft und man danach wieder in das alte Schema zurückfällt“

Ein einzelner Patient warf zudem die Frage auf, ob der Therapieinhalt pro Sitzung nicht zu ambitioniert strukturiert wurde („die Stunden waren etwas zu lang → Konzentration lässt nach“). Da depressive Störungen bekanntermaßen nicht selten mit verlangsamten kognitiven Prozessen einhergehen, wird diese Frage hier berichtet und in der späteren Diskussion aufgegriffen.

Diskussion

Zusammenfassung

Mit der vorliegenden Arbeit wurde erstmals die Wirksamkeit des in der Uniklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität München ins Deutsche übersetzte TADS-Behandlungsmanual im ambulanten Setting der Kinder- und Jugendpsychiatrie untersucht. Bisher existieren in der Literatur keine Studien diesbezüglich. Das Ziel dieser Pilotstudie war daher, das übersetzte Manual zunächst mit geringem Aufwand anhand einer kleinen Stichprobe zu testen. Die Untersuchung wurde im Rahmen einer Fallserie von depressiven Jugendlichen durchgeführt, welche die psychiatrische Institutsambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie der LMU im klinischen Alltag aufsuchten. Im Zeitraum von einem Jahr wurden 12 Patienten im Alter von 13 bis 17 Jahren rekrutiert. Durch die Intervention mit dem TADS-Manual wurde eine signifikante Verbesserung der depressiven Symptomatik innerhalb der Stichprobe erreicht. Diese spiegelte sich in einer statistisch signifikanten Reduktion der operationalisierten Depressivitätswerte in der Selbstbeobachtung BDI-II sowie in der Fremdbeobachtung FBB-DES im Prä-Post-Vergleich wider. Die jeweiligen Endwerte lagen unterhalb des Cut-Off für Depression (Hypothese 1). Die Ergebnisse zeigten zudem eine signifikante Reduktion der Diagnosehäufigkeit einer depressiven Störung von 100 auf 10% nach der Intervention, untersucht mit dem Kinder-DIPS (Hypothese 2). Des Weiteren wurde bei 100% der Patienten ein signifikanter Therapieerfolg mittels des globalen Depressionsmaßes CGI-I festgestellt, welcher bei der Mehrheit der Patienten sogar als sehr groß eingeschätzt wurde (Hypothese 3). Es lässt sich schlussfolgern, dass die Intervention mit dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen TADS-Manual die erwartete Wirkung in allen untersuchten Parametern zeigte. Die Patienten selbst bewerteten im Rahmen der qualitativen Erhebung den Nutzen und das subjektive Erleben der therapeutischen Sitzungen äußerst positiv.

Diskussion der Methoden

Studiendesign und Manual

Im Hinblick auf Praxistauglichkeit erwies sich diese Studie durch die Integration in den laufenden klinischen Alltag der PIA als sehr gut implementierbar. Die manualisierte Intervention konnte im Anschluss an die übliche ambulante Diagnostik als zusätzliches, zeitnahes therapeutisches Angebot eingebettet werden und wurde von den Familien durchwegs positiv aufgenommen. Die Durchführung der Sitzungen durch eine einzige Behandlerin in dieser Pilotphase sorgte für vergleichbare therapeutische Bedingungen und reduzierte die Interfallvariabilität auf ein Minimum. Letztlich konnte durch die einheitliche Durchführung der Intervention eine gute Ergebnisvalidität erreicht werden. Zugleich war die Patientenrekrutierung und somit die Größe der Stichprobe durch das Design der Pilotstudie limitiert. So war die statistische Power der Studie durch die niedrige Fallzahl eingeschränkt. Allerdings zeigte sich bei der retrospektiven Berechnung mit der Software G*Power 3.1 eine gute post-hoc-Teststärke der vorliegenden Studie.

Wie bei Fallserien bereits bekannt, limitierte das Fehlen einer Kontrollgruppe die Aussagekraft der Studie (Kooistra, Dijkman, Einhorn, & Bhandari, 2009). Um die Behandlungseffekte besser von natürlichen Heilungsprozessen bzw. Krankheitsverläufen abgrenzen zu können, wäre eine Vergleichsgruppe wünschenswert gewesen. Ein solches Studiendesign mit einer interventionsfreien, „passiven“ Vergleichsgruppe ist jedoch unter ethischen Gesichtspunkten schwer zu vertreten. Die ursprüngliche Studienplanung sah vor, die interventionsfreie „Wartezeit“ als 8-wöchige Kontrolle zu verwenden. Dies stellte sich jedoch in der Durchführung als schwierig heraus, da die BDI- und FBB-DES-Werte zum Messzeitpunkt T₋₁ (vor der Rekrutierung) nicht immer retrospektiv eruiert werden konnten. Zudem wäre diese „Kontrollzeit“ nicht gänzlich ohne systembedingte Verzerrung zu bewerten. Ein positiver Placebo-Effekt wäre bereits durch die diagnostische Einbindung in die PIA nicht

auszuschließen. Auch wäre keine Randomisierung und keine Verblindung möglich. Die Alternative einer „aktiven“ Placebo-Vergleichsgruppe war u. a. wegen der verfügbaren Ressourcen und der psychotherapeutischen Natur der Intervention bzw. der Vielfalt an möglichen konfundierenden Wirkmechanismen erschwert.

All die Bausteine, die in der kognitiven VT wirksam zu sein scheinen, werden im TADS-Manual ausführlich aufgefangen und bilden den Kern der jeweiligen Therapiesitzungen (Weersing, Rozenman, & Gonzalez, 2009). Dementsprechend nimmt die Vermittlung dieser Inhalte viel Zeit in Anspruch. Bei manchen Manualpassagen ist daher der Behandler gefordert, die Manualtreue einerseits und die Gefahr der Repetition andererseits auszubalanzieren. So stellte sich die Frage, ob der psychoedukative Aspekt der ersten gemeinsamen Sitzung, die ohnehin zeitaufwendiger ausfiel, bei guten Vorkenntnissen der Familien über Depression, KVT usw. gestrafft werden könnte, um eine inhaltliche und zeitliche Entlastung zu erreichen. Gleichzeitig kommen wichtige Aspekte wie die Anwendung der eigenen Ziele in der Therapie etwas zu kurz. Auch die im übersetzten Manual erwähnten „Exkurse“ wurden aus Zeitmangel nicht realisiert. Die Besprechung der Hausaufgaben, insbesondere gegen Ende der Behandlung, kam zuweilen zu kurz. Nicht zuletzt gibt das Manual-Programm stellenweise ehrgeizige Ziele vor. So war die Inhaltsvermittlung aufgrund von abfallender Konzentration der Patienten im Verlauf der Therapiestunde manchmal herausfordernd. Dies war auch im Feedback-Bogen eines Patienten am Ende der Therapie vermerkt. Neuropsychologischen Forschungsergebnissen zufolge leiden depressive Jugendliche an einer Dysfunktion der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit und des Arbeitsgedächtnisses (Baune, Fuhr, Air, & Hering, 2014). Die Beeinträchtigung von exekutiven Funktionen sowie in geringerem Ausmaß von Sprachfluss und visuellem Gedächtnis ist umstritten (Vilgis, Silk, & Vance, 2015; Wagner, Muller, Helmreich, Huss, & Tadic, 2015).

Die Vor- und Nachteile einer manualisierten Intervention sind bereits in der Einleitung diskutiert worden. Ein Kritikpunkt war dabei eine geringere therapeutische Flexibilität, auf individuelle Bedürfnisse der Patienten einzugehen. In der vorliegenden Studie konnten bei einigen Patienten manche dysfunktionalen Aspekte nicht ausreichend adressiert werden. So war eine defizitäre Hausaufgabendurchführung tendenziell mit weiteren oppositionellen Verhaltensweisen verbunden, die Fragen im Therapieverlauf aufwarfen (Umgang mit Widerständen des Patienten, mit sekundärem Krankheitsgewinn des Patienten oder dem Wunsch nach Festhalten an der Krankenrolle). Zudem besteht trotz der Standardisierung bei manualisierten Therapien eine gewisse individuelle und situative Unschärfe z. B. durch eine unterschiedliche Qualität der therapeutischen Beziehung. Diese wurde in der vorliegenden Pilotarbeit durch das oben erwähnte „Ein-Therapeut-Prinzip“ reduziert. In einer größeren, realitätsnäheren Studie mit mehreren Behandlern könnte eine gewisse, größere Variabilität nicht ausgeschlossen werden. Zur möglichststen Minimierung dieser und zur Gewährleistung der Manualtreue werden in einem solchen Multi-Therapeuten-Setup im Vorfeld und begleitend zur Studie Vorkehrungen zur weiteren Standardisierung empfohlen. Wie bei vorliegender Studie sollte eine Schulung erfolgen, um den Therapeut vor Erstanwendung mit dem Manual vertraut zu machen. Weiterhin sollen regelmäßige Supervisionen die Homogenität der Durchführung erhöhen.

Wie auch in der TADS-Behandlung ist das Einbinden der Eltern ein wichtiger Bestandteil der meisten psychotherapeutischen Interventionen im Jugendalter. Dadurch wird die elterliche Kompetenz im Umgang mit den Jugendlichen und ihrer Erkrankung gestärkt. Dies ist gerade in der schwierigen Lebensphase der Pubertät wichtig, die nicht selten mit erheblichen Konflikten in der Eltern-Kind-Interaktion einhergeht. Dies birgt entwicklungspsychologisch betrachtet die Chance, ein verändertes Interaktionsmuster zu etablieren, in welchem der Jugendliche nun als autonomer und denkender Mensch wahrgenommen wird und dies

zurückgemeldet bekommt. Die Wirksamkeit von Interventionen unter Einbezug der Eltern zusätzlich zu Interventionen mit den Jugendlichen allein wurde jedoch bislang nur in wenigen Studien gezielt untersucht (Clarke et al., 1999; Sanford et al., 2006). Herausfordernd gestaltete sich die TADS-Manualarbeit mit Eltern, die keine ausreichenden Deutschkenntnisse aufwiesen. Bei einer Patientenfamilie war bei jedem Kontakt das Hinzuziehen eines Dolmetschers erforderlich, was die inhaltliche Qualität der therapeutischen Interaktionen deutlich reduzierte und nicht immer ermöglichte, die zeitlichen Vorgaben einzuhalten.

Patientenkollektiv

Das strukturierte Studiendesign erlaubte ein standardisiertes Anwerben von Patienten mit hoher Rekrutierungsrate innerhalb des kleinen Ambulanzteams. So konnte die Mehrheit der in Frage kommenden, vom PIA-Team vorgeschlagenen Patienten für die Studie gewonnen werden. Die Drop-Out-Zahl war mit einem einzigen Patienten sehr niedrig. Sowohl die hohe Rekrutierungs- als auch die niedrige Abbruchrate sprachen für die Akzeptanz dieses therapeutischen Formats. Allerdings waren zeitnah möglicherweise wenig therapeutische Alternativen verfügbar, wie in der Einleitung bei der ambulanten Versorgungssituation bereits diskutiert.

Im Hinblick auf die Zusammensetzung der Stichprobe waren die männlichen Patienten in einem Verhältnis von 1:3 unterrepräsentiert. Diese Tendenz steht in Einklang mit anderen Forschungsergebnissen, die zeigen, dass die Prävalenz von depressiven Störungen bei Männern geringer ist. In Tabelle 9 sind die weltweiten Prävalenzzahlen nach Geschlecht dargestellt (adaptiert aus der Global Burden of Disease Study und mit Zahlen sowohl für Jugendliche als auch altersübergreifend (Collaborators, 2016)). Noch höhere Zahlen liefert eine Datenkorrektur durch die DisMod-Metaregression, mit einer globalen Prävalenz von *Major Depression* von altersübergreifend 4,4%, darunter 3,2% bei Männern gegenüber 5,5% bei Frauen (Ferrari et al., 2013) woraus eine weibliche Prävalenzratio von 0,59 resultiert. Eine mögliche Erklärung dieser

Diskrepanz könnte in einer größeren männlichen Hemmung in der Kontaktaufnahme mit (jugend-)psychiatrischen Instanzen und in der Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung liegen. Eine Analyse der großen europäischen DEPRES-Studie gab Hinweise darauf, dass depressive Männer weniger Symptome als Frauen berichten und daher seltener die Schwelle für die Diagnosestellung erreichen (Angst et al., 2002).

Diagnose	Alter	Geschlecht		
		männlich	weiblich	beide Geschlechter
Depressive Störungen	15 bis 19	2,42 %	3,56 %	2,98 %
	Alle	2,98 %	4,55 %	3,77 %
<i>Major depression</i>	15 bis 19	1,78 %	2,66 %	2,21 %
	Alle	1,85 %	2,86 %	2,36 %
Dysthymia	15 bis 19	0,65 %	0,93 %	0,79 %
	Alle	1,17 %	1,79 %	1,48 %

Tabelle 9: Globale Prävalenz depressiver Störungen im Jahr 2016 (Quelle: GBD Study 2015; <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>)

Wie bereits erwähnt, waren in der Stichprobe Patienten aus allen Schulformen vertreten, mit einer Mehrzahl von Gymnasiasten/-innen. Durch eine Erweiterung der Stichprobengröße könnte die Korrelation zwischen Schulform, Diagnosestellung einer depressiven Störung und Wirkung der Intervention besser untersucht werden. Auch könnte durch eine größere Stichprobe der Einfluss von weiteren Faktoren besser evaluiert werden: Alter, IQ, Schweregrad der depressiven Symptomatik bzw. Diagnosekategorie, psychiatrische Komorbidität sowie eine positive Familienanamnese. Außerdem sollten sowohl zur Zeit T₋₁ der Rekrutierung als auch bei der Messung der Interventionswirksamkeit intraindividuelle Parameter (z. B. Introspektionsfähigkeit der Patienten oder Zurückhaltung/Hemmung bei der Inanspruchnahme

professioneller Unterstützung) aber auch umweltbezogene Unterschiede (z. B. Qualität der familiären Unterstützung) berücksichtigt werden. Diesbezüglich erwähnt die aktuelle Leitlinie zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen folgende Prädiktoren für eine Remission (beschrieben als Zeitrahmen von mindestens zwei Wochen ohne oder mit nur wenigen klinisch relevanten, höchstens zwei Symptomen) (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2013):

- geringere Depressionsschwere zu Beginn der Intervention
- weniger Hoffnungslosigkeit
- mehr rationale Gedanken
- mehr Genuss bei und größere Häufigkeit von angenehmen Aktivitäten
- keine komorbide Angststörung zu Beginn der Intervention
- weniger stark ausgeprägte Zustands-Angst zu Beginn der Intervention
- höheres soziales Funktionsniveau zu Beginn der Intervention
- jüngeres Alter der Teilnehmer (im Altersbereich 11-18 J.)
- Zugang zur Studie aus eigener Initiative und nicht per Überweisung, teilweise vermittelt über eine geringere Ausprägung des Merkmals Hoffnungslosigkeit

Diskussion der Ergebnisse

Bei der Durchführung der Therapie mit dem übersetzten TADS-Manual wurden signifikante Therapieeffekte im Sinne der Hypothesen dieser Arbeit erzielt. Die Gesamtheit der operationalisierten Erfassungsinstrumente bestand aus bereits umfangreich national und international validierten Untersuchungsverfahren, welche sich bereits in der Standarddiagnostik von depressiven Störungen etabliert haben. Lediglich dem CGI könnte eine konfundierende subjektive Wahrnehmung unterstellt werden, da es sich bei der Auswertung und Behandlung um dieselbe Person handelte. Bei allen anderen Zielparametern BDI-II, FBB-DES und Kinder-DIPS war die Objektivität der Auswertung gewährleistet.

Erfreulich war, dass eine signifikante Reduktion der depressiven Symptomatik in allen untersuchten Parameter erzielt werden konnte. Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass eine Verblindung nicht möglich war. Durch die mangelnde Anonymität konnte nicht ausgeschlossen werden, dass die Patienten aufgrund von sozialer Erwünschtheit verzerrte Antworten gaben. Dies könnte insbesondere dem von uns erstellten Fragebogen vorgehalten werden, welcher zur Evaluation der Zufriedenheit als sekundärem Endpunkt zum Einsatz kam. Auch hier könnten die Patienten durch die Motivation der Behandlerin vom Nutzen der Behandlung „überzeugt“ worden sein. Letztlich sind mehrere konfundierende Aspekte in der Beantwortung der FBB-DES durch die Eltern zu erwähnen. So könnte eine positive psychiatrische Familienanamnese der beurteilenden Bezugsperson zu einer verzerrten Wahrnehmung des Gemütszustandes des Kindes geführt haben. Da die FBB-DES nicht direkt von den Eltern abgegeben wurde, sondern vom Jugendlichen (in geschlossenem Umschlag) zu den wöchentlichen Sitzungen mitgebracht wurden, konnte außerdem eine regelmäßige Abgabe der FBB-Bögen nicht immer gewährleistet werden. Bei einer Patientenmutter war die mündliche Kommunikation auf Deutsch ausreichend. Es stellte sich jedoch im Verlauf der Therapie heraus, dass sie alle FBB-DES-Fragebögen falsch verstanden und ausgefüllt hatte. Demzufolge wurden die Fremdbeobachtungsbögen dieses Patienten nicht in die statistische Analyse mit einbezogen.

Ausreißer- bzw. Extremwerte fanden sich in Fallnummer 1 in der Selbst- wie in der Fremdbeobachtung (Abbildung 19 bzw. Abbildung 21). Auch die postinterventionäre, unveränderte Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode und einer Dysthymie im Kinder-DIPS (Tabelle 6) und der Skala-Score von 3 im CGI-I („Zustand nur wenig besser“; Tabelle 7) zeigen, dass die TADS-Behandlung in Fallnummer 1 nicht den gewünschten Verbesserungseffekt erzielte. Zwei Monate nach Ende der Intervention wurde der Patient vollstationär in unserer Klinik aufgenommen. Mitverantwortlichkeit für diesen ungünstigen Verlauf könnte die Tatsache sein, dass es sich um die erste Behandlung mit dem TADS-Manual

handelte. Der größere Einfluss ist jedoch sicherlich der komorbiden Dysthymie zuzuschreiben. Innerhalb der depressiven Störungen werden dysthymen Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter einer schlechteren Prognose zugeschrieben. Diese gehen einher mit längerfristiger Beeinträchtigung der psychosozialen Funktion, häufigeren Rückfällen und höherem Entwicklungsrisiko weiterer komorbider Störungen, darunter depressiver Episoden (Nobile, Cataldo, Marino, & Molteni, 2003). Wenn dies geschieht, wird von einer *double depression* gesprochen. Der Literatur zufolge ist eine *double depression* sehr therapieresistent und spricht besser auf Pharmakotherapie mit einem SSRI als auf eine Psychotherapie an (Benkert & Hippus, 2019). Vor Beginn der Behandlung war die Diagnose einer *double depression* auch bei Fallnummer 10 erfüllt. Nach der Intervention konnten beide Diagnosen im Kinder-DIPS ausgeschlossen werden (Tabelle 6), mit Selbst- und Fremdbeobachtungswerten unterhalb des Cut-Offs für depressive Störungen. Wie in Fallnummer 1 wurde die Veränderung des Gesamt-Krankheitszustandes im CGI-I auf 3 eingeschätzt (Tabelle 7). Dennoch wurde der Patient zwei Monate nach Behandlungsende mit erneuter Diagnose einer Dysthymie teilstationär aufgenommen. Die Verläufe von Fallnummer 1 und 10 unterstützen die Hypothese, dass das Vorliegen einer Dysthymie mit einem schlechteren Ansprechen auf eine KVT-Einzeltherapie im beschriebenen Setting einhergeht und die Gesamtprognose ungünstiger ist.

Aufgrund der kleinen Datengrundlage konnten mehrere Beobachtungen, die möglicherweise einen Einfluss auf den Behandlungserfolg hatten, statistisch nicht ausgewertet werden. Zum Beispiel entstand der Eindruck, dass die Intervention ab einem Patientenalter von 15 Jahren inhaltlich und zeitlich besser zu begreifen war. Zudem schien eine sonstige psychiatrische Komorbidität (in Form einer Angst- oder Essstörung) mit einem tendenziell weniger günstigen Verlauf einherzugehen: i) BDI- und FBB-Werte oberhalb des Cut-Offs für Depression (Fallnummer 3), ii) „wenig gebesserter Zustand“ im CGI-I oder iii) Bedarf an weiterer (teil-)stationärer Behandlungsmaßnahme in der Katamnese. Auch eine wenig zuverlässige,

unregelmäßige oder lückenhafte Erstellung der Hausaufgaben korrelierte empirisch mit einer geringeren Reduktion der depressiven Symptomatik. Die Vollständigkeit der Hausaufgaben wurde zwar bei jeder Sitzung kontrolliert und protokolliert, jedoch nicht operationalisiert erhoben, sodass keine statistisch validen Hypothesen untersucht werden konnten.

Keine empirischen Unterschiede im Therapieerfolg konnte zwischen einmaligen Episoden (F32.-) und rezidivierenden Verlaufsformen (F33.-) nachgewiesen werden. Ebenso wenig war empirisch dem Schweregrad der depressiven Symptomatik vor Interventionsbeginn (diagnostisch mit der vierten Stelle .0 oder .1 kodiert) ein Einfluss auf den Therapieerfolg nachzuweisen. Schwere depressive Episoden (.2) waren jedoch nicht in der Stichprobe repräsentiert. Diese werden nach klinischem Leitlinienkonsens bevorzugt in Kombination mit einer Pharmakotherapie (was ein Ausschlusskriterium der vorliegenden Studie war) und darüber hinaus oftmals in engmaschigeren, (teil-)stationären Settings behandelt (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2013).

Hinsichtlich weiterer konfundierbarer Faktoren warf der Einfluss einer positiven psychiatrischen Familienanamnese auf den Behandlungserfolg Fragen auf. Hier konnte keine klare Tendenz beobachtet werden: in beiden Richtungen der Erfolgsbandbreite fanden sich Patienten, deren Verwandte an einer psychischen Störung litten oder gelitten hatten. Da die Datengrundlage klein war und die Erhebung der Familienanamnese nicht nach einem standardisierten Verfahren erfolgte, sondern sich lediglich auf Angaben der Bezugspersonen stützte, konnte statistisch kein Zusammenhang untersucht werden. Bei Fallnummer 6 war erwähnenswert, dass die Erfahrungen der jahrelang an Depression erkrankten Kindsmutter eine wesentliche Rolle für den Therapieabbruch spielten. Trotz des psychoedukativen Versuchs, die Mutter in die Therapie mit einzubinden, wurden ihre Ängste und Widerstände in der Triangulierung mit Patienten und Therapeutin schnell in destruktiver Weise deutlich. Dieses Verhalten brachte den zu Beginn der Therapie durchaus therapiemotivierten Patienten in einen

starken Loyalitätskonflikt, der im Therapieabbruch mündete. Folglich sollte bei psychisch labilen Elternteilen ein besonderes Augenmerk auf die Gefahr eines Therapieabbruchs während der TADS-Behandlung gerichtet werden.

Ausblick

Die Ergebnisse dieser Arbeit geben wichtige und erstmalige Hinweise darauf, dass bei der ambulanten Intervention mit dem übersetzten TADS-Manual ein vergleichbarer Therapieeffekt erzielt wird wie durch das amerikanische Programm, dessen Wirksamkeit nachgewiesen ist. Im Anschluss an diese Studie konnte in den letzten Jahren die ambulante Depressionsprechstunde in unserer PIA aufgebaut werden. Dadurch wurde die Basis für die Behandlung einer größeren Zahl von betroffenen Jugendlichen geschaffen. Im nächsten Schritt steht nun eine Erweiterung der Stichprobe, sowohl zur Prüfung der Datenreplizierbarkeit als auch zur Analyse weiterer Einflussfaktoren auf den Behandlungserfolg, bei einer größeren Fallzahl an. Die genauere Erforschung der Wirkmechanismen dieser 8-wöchigen Intervention unter Gewichtung der einzelnen KVT-Elemente soll auch das Ziel zukünftiger Studien sein (Weersing et al., 2009). Um rezidivierende Krankheitsverläufe zu erkennen und Rückfällen vorzubeugen, sollte daneben eine längere Laufzeit berücksichtigt werden (J. S. March et al., 2007; J. S. March & Vitiello, 2009). Ein Follow-Up über die Behandlungsstufe I hinaus könnte Gegenstand zukünftiger Entwicklungen sein, u. a. um einen Vergleich zum Originalmanual zu gewährleisten. Nicht zuletzt soll aufgrund seiner hohen gesellschaftlichen Relevanz das Ziel einer flächendeckenderen Verfügbarkeit von therapeutischen Interventionen gegen Depression erwähnt werden, um bedürftige Personen zu erreichen und Hemmungen bei der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung abzubauen.

Literatur

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnorm Psychol*, 87(1), 49-74.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J.-P., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 252(5), 201-209. doi:10.1007/s00406-002-0381-6
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2), 191-215.
- Baune, B. T., Fuhr, M., Air, T., & Hering, C. (2014). Neuropsychological functioning in adolescents and young adults with major depressive disorder--a review. *Psychiatry Res*, 218(3), 261-271. doi:10.1016/j.psychres.2014.04.052
- Beck, A. R., J.; Shaw, B.; Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory-II*. APA PsycTests.
- Benkert, O., & Hippus, H. (2019). *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie* Springer Berlin Heidelberg.
- Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., . . . Johnson, B. A. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 54(9), 877-885.
- Busner, J., & Targum, S. D. (2007). The Clinical Global Impressions Scale: Applying a Research Tool in Clinical Practice. *Psychiatry (Edmont)*, 4(7), 28-37.
- Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. (1990). *Instructor's Manual for the Adolescent Coping With Depression Course*. Eugene: Castalia.
- Clarke, G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H., & Seeley, J. R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(3), 272-279. doi:S0890-8567(09)62922-1 [pii], 10.1097/00004583-199903000-00014
- Collaborators, G. D. a. I. I. a. P. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388(10053), 1545-1602. doi:10.1016/s0140-6736(16)31678-6
- Curry, J. W., K.; March, J. (2005). Development of and rationale for TADS CBT. Cognitive & Behavioral Practice. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, P. u. P. D. (2013). *Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Langfassung, Stand: 01.07.2013)*.
- Dilling, H. F., H. J. (2019). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*.
- Dolle, K., & Schulte-Körne, G. (2013). The treatment of depressive disorders in children and adolescents. *Dtsch Arztebl Int*, 110(50), 854-860. doi:10.3238/arztebl.2013.0854
- Döpfner, M., Kinnen, C., & Petermann, F. (2010). Vor- und Nachteile von Therapiemanualen. *Kindheit und Entwicklung*, 19(2), 129-138. doi:10.1026/0942-5403/a000016
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., & Görtz-Dorten, A. (2008). DISYPS-II, Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche Göttingen: Huber.
- Essau, C. A. (2005). Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depress Anxiety*, 22(3), 130-137.
- Essau, C. A. (2008). Comorbidity of depressive disorders among adolescents in community and clinical settings. *Psychiatry Res*, 158(1), 35-42. doi:10.1016/j.psychres.2007.09.007
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). The epidemiological modelling of major depressive disorder: application for the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One*, 8(7), e69637. doi:10.1371/journal.pone.0069637
- Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R., & Rutter, M. (2001). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. 1. Psychiatric outcomes in adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 179, 210-217.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie* (Hogrefe Ed.).
- Harrington, R. C. (2001). *Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen* (T. Jans, A. Warnke, & H. Remschmidt, Trans.). Göttingen: Hogrefe.
- Jonsson, U., Bohman, H., von Knorring, L., Olsson, G., Paaren, A., & von Knorring, A. L. (2011). Mental health outcome of long-term and episodic adolescent depression: 15-year follow-up of a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 130(3), 395-404. doi:10.1016/j.jad.2010.10.046
- Jost, K. (2007). Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. *Bericht zur Kinder- u. Jugendgesundheit in Deutschland, BDP*, 35-45.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 60(7), 709-717. doi:10.1001/archpsyc.60.7.709

- Klein, J. B., Jacobs, R. H., & Reinecke, M. A. (2007). Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: a meta-analytic investigation of changes in effect-size estimates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(11), 1403-1413.
- Kooistra, B., Dijkman, B., Einhorn, T. A., & Bhandari, M. (2009). How to design a good case series. *J Bone Joint Surg Am*, 91 Suppl 3, 21-26. doi:10.2106/jbjs.h.01573
- Kühner, C., Bürger, C., Keller, F., & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressions-inventars (BDI-II). Befunde aus deutschsprachigen Stichproben. *Nervenarzt*, 78(6), 651-656. doi:10.1007/s00115-006-2098-7
- March, J., & Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Team. (2004). Fluoxetine, Cognitive-Behavioral Therapy, and Their Combination for Adolescents With Depression Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 292, 807-820.
- March, J. S., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., . . . Rochon, J. (2007). The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): Long-term effectiveness and safety outcomes. *Arch Gen Psychiatry*, 64 (10), 1132-1144. doi:<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.64.10.1132>
- March, J. S., & Vitiello, B. (2009). Clinical Messages From the Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS). *Am J Psychiatry*, 166, 1118 – 1123.
- Nobile, M., Cataldo, G. M., Marino, C., & Molteni, M. (2003). Diagnosis and treatment of dysthymia in children and adolescents. *CNS Drugs*, 17(13), 927-946.
- OCEBM Levels of Evidence Working Group. (2011). The Oxford 2011 Levels of Evidence. Retrieved 2011-09-19, from Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2007). [Mental health of children and adolescents in Germany. Results from the BELLA study within the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 871-878. doi:10.1007/s00103-007-0250-6
- Rohde, P., Feeny, N. C., & Robins, M. (2005). Characteristics and Components of the TADS CBT Approach. *Cogn Behav Pract*, 12(2), 186-197. doi:10.1901/jaba.2005.12-186
- Rossello, J., Bernal, G., & Rivera-Medina, C. (2008). Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 14(3), 234-245.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr*, 80(1), 1-28.
- Sanford, M., Boyle, M., McCleary, L., Miller, J., Steele, M., Duku, E., & Offord, D. (2006). A pilot study of adjunctive family psychoeducation in adolescent major depression: Feasibility and treatment effect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(4), 386-395. doi:10.1097/01.chi.0000198595.68820.10
- Schneider, S., Unnewehr, S., & Margraf, J. (2009). *Kinder-DIPS -Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Heidelberg: Springer.
- Vilgis, V., Silk, T. J., & Vance, A. (2015). Executive function and attention in children and adolescents with depressive disorders: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 24(4), 365-384. doi:10.1007/s00787-015-0675-7
- Vostanis, P., Feehan, C., Grattan, E., & Bickerton, W. L. (1996). Treatment for Children and Adolescents with Depression: Lessons from a Controlled Trial. *Clin Child Psychol Psychiatry* 1996 1, 199-212.
- Wagner, S., Muller, C., Helmreich, I., Huss, M., & Tadic, A. (2015). A meta-analysis of cognitive functions in children and adolescents with major depressive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 24(1), 5-19. doi:10.1007/s00787-014-0559-2
- WBP. (2010). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG - Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie, Version 2.8*. Retrieved from www.wbpsychotherapie.de
- Weersing, V. R., Rozenman, M., & Gonzalez, A. (2009). Core components of therapy in youth: do we know what to disseminate? *Behav Modif*, 33(1), 24-47. doi:10.1177/0145445508322629
- Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., . . . Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescents grown up. *JAMA*, 281(18), 1707-1713. doi:joc81650 [pii]
- Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 132(1), 132-149. doi:2006-00818-007 [pii] 10.1037/0033-2909.132.1.132
- Weisz, J. R., Southam-Gerow, M. A., Gordis, E. B., Connor-Smith, J. K., Chu, B. C., Langer, D. A., . . . Weiss, B. (2009). Cognitive-behavioral therapy versus usual clinical care for youth depression: an initial test of transportability to community clinics and clinicians. *J Consult Clin Psychol*, 77(3), 383-396. doi:2009-08093-002 [pii] 10.1037/a0013877

- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A., & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychol Bull*, 117(3), 450-468.
- WHO. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*.
- Wittchen, H. U. (2000). *Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen - Abschätzungen aufgrund epidemiologischer, bevölkerungsbezogener Daten*. Retrieved from
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jonsson, B., . . . Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21(9), 655-679. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018
- Wood, A., Harrington, R., & Moore, A. (1996). Controlled trial of a brief cognitive-behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorders. *J Child Psychol Psychiatry*, 37(6), 737-746.

Anhang

Anhang A: Aufklärungsbroschüre für Eltern

Anhang B: Aufklärungsbroschüre für Jugendliche

Anhang C: BDI-II-Fragebogen

Anhang D: FBB-DES-Fragebogen

Anhang E: Normwerte BDI II

Anhang F: Normtabellen für FBB-DES bei Jungen und Mädchen

Anhang G: Antisuiizidvertrag vor TADS-Behandlung

Anhang H: Arbeitsblatt „Was ist Depression?“, 1. gemeinsame Sitzung des TADS-Manuals

Anhang I: Arbeitsblatt „Leserbrief #2“

(aus der 4. Einzelsitzung des TADS-Manuals „Problemlösen“)

Anhang J: Arbeitsblatt „Leserbrief #9“

(aus der 5. Einzelsitzung vom TADS-Manual „Automatische Gedanken“)

Anhang K: Arbeitsblatt „Kognitive Verzerrungen“

(aus der 5. Einzelsitzung vom TADS-Manual

Anhang L: Evaluation der Zufriedenheit nach der TADS-Behandlung

Anhang M: Ergebnisse: explorative Datenanalyse

Anhang N: Berechnungen für Prä-Post-Vergleich: Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test

Anhang O: Berechnungen für Multiple-Points-Vergleich: Friedman-Test

Aufklärungsbroschüre für Eltern

Liebe Familie,

als Universitätsklinik hat in unserem Haus die Forschung im Bereich psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen einen großen Stellenwert. Da insbesondere die Untersuchung der Wirksamkeit von Psychotherapiemethoden in Deutschland noch in den Kinderschuhen steckt, widmen wir diesem Thema unser besonderes Augenmerk. Daher gibt es die Möglichkeit, dass Sie mit Ihrem Kind an unserer Studie "Behandlung depressiver Störungen bei Jugendlichen mit einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manual" unter Leitung unseres Direktors, Prof. Dr. Schulte-Körne, teilnehmen.

Wissenschaftlicher Hintergrund

In den USA wurde vor ein paar Jahren die bisher aufwendigste Studie zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt (Treatment for Adolescent Depression Study, kurz TADS). In dieser konnte nachgewiesen werden, dass die psychotherapeutische Behandlung mit Hilfe des in der Studie verwendeten, kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manuals maßgeblich zur Verbesserung der Symptome beitragen kann.

Ziel der Studie

In Deutschland gibt es bisher kein gut untersuchtes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Therapiemanual für die Behandlung depressiver Jugendlicher. Gleichzeitig ist der Bedarf an gut evaluierten Manuals sehr hoch. Aus diesem Grund möchten wir mit dieser Studie das ins Deutsche übersetzte Manual der TAD-Studie wissenschaftlich untersuchen.

Nutzen

Die Behandlung mit dem untersuchten Manual hat in den USA eine sehr gute Wirksamkeit in der Reduktion depressiver Symptome gezeigt. Mit Ihrer Teilnahme tragen Sie dazu bei, dass langfristig die Behandlung von depressiven Störungen bei Jugendlichen verbessert wird.

Zur Teilnahme

Die Durchführung der Studie erfolgt ausschließlich in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und wird daher durch deren Versicherungsschutz abgedeckt. Eine zusätzliche Versicherung wird nicht abgeschlossen. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie und Ihr Kind können jederzeit und ohne Angaben von Gründen Ihre Einwilligung widerrufen bzw. zurückziehen, ohne dass Ihnen oder Ihrem Kind dadurch Nachteile entstehen. Sollten Sie weitere Fragen haben, kontaktieren Sie uns gerne telefonisch oder per E-Mail unter:
A. Garcia-Grajalva Lucas
Tel: 089 - 4400 - 55931
Mail: Ariadna.Garcia-Grajalva.Lucas@med.uni-muenchen.de

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie und Ihr Kind unsere Studie unterstützen würden.

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne

Ariadna Garcia-Grajalva Lucas, Fachärztin für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Manual

Der kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansatz geht davon aus, dass Gedanken (Kognition) und Verhalten die Art und Weise, wie man sich fühlt (z.B. deprimiert oder extrem gereizt), beeinflusst. So lernt der Jugendliche im Rahmen der Therapie, wie dieses Zusammenspiel funktioniert und wie er seine Gedanken und sein Verhalten verändern kann, um die Depression zu überwinden. Wie diese Themen in der Therapie gemeinsam erarbeitet und trainiert werden, folgt einem festgelegten Schema (= Manual). Die wichtigsten Themen der Therapie sind: Wie kann ich...

- meine Stimmung verbessern?
- aktiver werden?
- meine Probleme lösen?
- negative Gedanken verändern?

Studiendurchführung

Die Therapie mit dem Manual ist im Anschluss an die Diagnostikphase in der Ambulanz eingebettet. Sie besteht aus 6 Einzelsitzungen, 2 Sitzungen mit Ihnen und dem Jugendlichen gemeinsam und zwei Sitzungen mit Ihnen allein. Die Termine werden über einen Zeitraum von 8 Wochen verteilt, so dass ihr Kind jede Woche einen Einzeltherapietermin mit der Therapeutin hat, der mit dem Manual arbeitet. Die Termine mit Ihnen werden individuell vereinbart.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit sind neben der Standarddiagnostik, vorher, nachher und jede Woche der Therapiephase jeweils ein etablierter Depressionsfragebogen von Ihnen auszufüllen. Dieser Fragebogen soll zu Hause ausgefüllt werden und zur folgenden Sitzung in der Klinik zurückgebracht werden. Außerdem wird nach Beendigung noch einmal ein Diagnostisches Interview mit Ihrem Kind durchgeführt.

Datenschutz

Bei dieser Studie werden die Vorschriften über die Schweigepflicht und den Datenschutz eingehalten. Alle persönlichen Daten und Befunde (einschließlich aller Fragebögen) werden pseudonymisiert erfasst und gespeichert. Dies bedeutet, dass ein Verschlüsselungscode, bestehend aus einer Zahlenkombination erstellt wird, in dem weder der Name noch die Initialen oder das Geburtsdatum Ihres Kindes erscheinen. Im Falle des Widerrufs Ihrer Einwilligung werden die pseudonymisierten Daten gelöscht und die Fragebögen vernichtet. Zugang zu den Originaldaten und zum Verschlüsselungscode haben nur der Klinikleiter Herr Prof. Dr. Schulte-Körne und die Studienmitarbeiterin Frau Dr. Lucas. Die Studienunterlagen (einschließlich aller Fragebögen) werden in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität München zehn Jahre lang aufbewahrt und anschließend vernichtet. Eine Entschlüsselung erfolgt lediglich in Fällen, in denen es der Sicherheit Ihres Kindes dient (z. B. wenn ein Kind auffällige Werte im Depressionsfragebogen erzielt), oder falls es zu Änderungen in der wissenschaftlichen Fragestellung kommt. Nach Abschluss der Auswertung werden alle Daten zum Schutz Ihres Kindes irreversibel anonymisiert. Bei Veröffentlichungen der Studienergebnisse bleibt die Anonymität der persönlichen Daten auf jeden Fall gewährleistet.

Wir (Namen der Erziehungsberechtigten in Blockschrift)

(Name der Mutter) (Name des Vaters)
sind über Wesen, Bedeutung und Tragweite der oben genannten Studie aufgeklärt worden und haben die Elterninformation zur Studie gelesen und verstanden. Über die mit der Teilnahme an der Studie verbundenen Risiken und möglichen Nutzen für unser Kind wurden wir informiert.

Ort, Datum und Unterschrift der Mutter

Ort, Datum und Unterschrift des Vaters

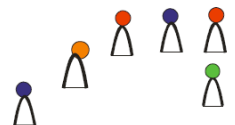


STUDIENINFORMATION FÜR ELTERN

Studie zur ambulanten Behandlung depressiver Störungen bei Jugendlichen mit einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manual

in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Studienleitung:
Prof. Dr. Schulte-Körne
Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Klinikum der Universität München



Aufklärungsbroschüre für Jugendliche

Liebe/r Jugendliche/r,

Wir sind eine Uniklinik und als solche ist es unsere Aufgabe, herauszufinden, welche Therapien den Jugendlichen mit einer Depression helfen. In Deutschland gibt es bisher kaum Untersuchungen zur Wirksamkeit der Behandlung, deswegen ist diese Studie besonders wichtig. Daher hast Du die Möglichkeit, an unserer Studie zur "Behandlung depressiver Störungen bei Jugendlichen mit einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manual" unter Leitung unseres Direktors, Prof. Dr. Schulte-Körne, teilzunehmen.

Wissenschaftlicher Hintergrund

In den USA wurde im Rahmen einer Studie ein Therapieprogramm für Jugendliche mit einer Depression entwickelt, das sehr hilfreich war. Konkret heißt das, dass es ihnen nach der Teilnahme an dem Programm deutlich besser ging als vorher.

Ziel der Studie

Weil es in Deutschland bisher noch kein vergleichbar gutes Programm gibt, möchten wir wissenschaftlich untersuchen, ob das Programm, welches in den USA überprüft und wirksam war, auch in der deutschen Übersetzung für die Jugendlichen in unserer Klinik hilfreich ist.

Was genau ist dieses Programm?

Die Grundidee von dem Programm ist, dass die eigenen Gedanken (so genannte Kognition) und das eigene Verhalten die Gefühle (z.B. deprimiert, traurig oder

extrem gereizt), beeinflusst. So lernt man im Rahmen der Therapie wie dieses Zusammenspiel funktioniert und wie man seine Gedanken und sein Verhalten verändern kann, um eine Depression zu überwinden. Anhand einer vorgegebenen Reihenfolge von Themen werden diese Zusammenhänge mit der Therapeutin erarbeitet und trainiert.

Die wichtigsten Themen der Therapie sind: Wie kann ich...

- meine Stimmung verbessern?
- aktiver werden?
- meine Probleme lösen?
- negative Gedanken verändern?

Die Reihenfolge und die Themen stehen in einem so genannten Therapiemanual, an dem sich der Therapeut orientiert.

Studiendurchführung

Die Therapie mit dem Programm ist im Anschluss an die Diagnostikphase in der Ambulanz eingebettet. Sie besteht aus 6 Einzelsitzungen, 2 Sitzungen mit den Eltern und dem Jugendlichen und 2 Sitzungen nur mit den Eltern und der Therapeutin. Die Termine werden über einen Zeitraum von 8 Wochen verteilt, so dass man jede Woche einen Einzeltherapietermin nach dem Programm hat. Zur Überprüfung der Wirksamkeit ist neben der normalen Diagnostik jede Woche sowie vor und nach der Therapiephase jeweils ein Fragebogen zu Deiner Stimmung und Deinen Gedanken auszufüllen. Dieser Fragebogen sollst du zu Hause ausfüllen und die Woche darauf zur nächsten Sitzung zurückbringen. Außerdem wird nach Beendigung der Therapie noch einmal ein diagnostisches Gespräch geführt.

Datenschutz

Bei dieser Studie werden die Schweigepflicht und der Datenschutz eingehalten. Alle persönlichen Daten, Befunde und Fragebögen werden pseudonymisiert aufbewahrt oder gespeichert. Das bedeutet, dass wir für Dich einen Verschlüsselungscode aus Zahlen erstellen, in dem weder Dein Name noch die Anfangsbuchstaben Deines Namens oder Dein Geburtsdatum erscheinen. Falls Du oder Deine Eltern die Einwilligung zurückziehen, werden die pseudonymisierten Daten (auch alle Fragebögen) gelöscht bzw. vernichtet. Zugang zu den Originaldaten und zum Code haben nur der Projektleiter Prof. Dr. Schulte-Körne und die Studienmitarbeiterin Frau Lucas. Die Unterlagen werden in unserer Klinik 10 Jahre lang aufbewahrt und anschließend vernichtet. Eine Entschlüsselung erfolgt nur in Fällen, in denen es Deiner Sicherheit dient, oder falls es zu Änderungen in der wissenschaftlichen Fragestellung kommt. Bei Veröffentlichungen der Studienergebnisse erscheinen keinerlei persönliche Daten von Dir.

Was ist, wenn du doch nicht mehr mitmachen möchtest?

Du kannst die Studie jederzeit abbrechen, ohne dass Du dafür Gründe nennen musst. Es entstehen Dir dann keinerlei Nachteile. Du kannst uns auch jederzeit fragen, wenn Du etwas nicht verstehst.

Nutzen

Die Behandlung mit dem Therapiemanual war in den USA sehr erfolgreich und hat vielen Jugendlichen bei der Verbesserung ihrer Stimmung und ihrer Antriebslosigkeit geholfen. Wenn Du an unserer Studie teilnimmst, würdest Du einen wichtigen Beitrag zur Therapieforschung leisten.

Wir beantworten gerne Deine Fragen! Du kannst Frau Garcia-Grajalva Lucas persönlich ansprechen oder jemandem in der Ambulanz Bescheid geben, dass Du gerne nähere Informationen hättest, dann kommt Frau Lucas auf Dich zu.

Wir würden uns sehr über Deine Unterstützung freuen! Vielen Dank vorab für Dein Interesse an der Studie.

Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne

A. Garcia-Grajalva Lucas, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Ich (Name in Blockschrift)

bin über die Studie ausreichend informiert worden und habe die Studieninformation gelesen und verstanden. Meine Fragen zur Studie wurden beantwortet.

Datum und Unterschrift des Teilnehmers



STUDIENINFORMATION FÜR JUGENDLICHE

Studie zur ambulanten Behandlung depressiver Störungen bei Jugendlichen mit einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manual

in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Studienleitung:
Prof. Dr. Schulte-Körne
Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Klinikum der Universität München



BDI-II-Fragebogen

(Beispiel ausgefüllt vor Beginn der Therapiephase; Messzeitpunkt T₀)

<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-weight: bold; font-size: 1.2em; margin-right: 10px;">BDI-II</div> <div>Fragebogen</div> </div>			
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Name</div> <div style="background-color: black; width: 150px; height: 1.2em; margin-top: 2px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Alter</div> <div style="text-align: center; margin-top: 2px;">15</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Geschlecht</div> <div style="text-align: center; margin-top: 2px;">m / (w)</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Datum</div> <div style="text-align: center; margin-top: 2px;">30. 1. 2015</div>
<p><small>Anleitung: Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe eine Aussage heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben (0, 1, 2 oder 3). Falls in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussage ankreuzen, das gilt auch für Gruppe 16 (Veränderungen der Schlafgewohnheiten) oder Gruppe 18 (Veränderungen des Appetits).</small></p>			
<p>1.) Traurigkeit</p> <p>0 Ich bin nicht traurig.</p> <p>1 Ich bin oft traurig.</p> <p>2 Ich bin ständig traurig.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte.</p> <hr/> <p>2.) Pessimismus</p> <p>0 Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 Ich sehe mutloser in die Zukunft als sonst.</p> <p>2 Ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird.</p> <p>3 Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird.</p> <hr/> <p>3.) Versagensgefühle</p> <p>0 Ich fühle mich nicht als Versager.</p> <p>1 Ich habe häufiger Versagensgefühle.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2 Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge.</p> <p>3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.</p> <hr/> <p>4.) Verlust von Freude</p> <p>0 Ich kann die Dinge genauso gut genießen wie früher.</p> <p>1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich kaum mehr genießen.</p> <p>3 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen.</p> <hr/> <p>5.) Schuldgefühle</p> <p>0 Ich habe keine besonderen Schuldgefühle.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 Ich habe oft Schuldgefühle wegen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen.</p> <p>2 Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle.</p> <p>3 Ich habe ständig Schuldgefühle.</p>	<p>6.) Bestrafungsgefühle</p> <p>0 Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu sein.</p> <p>1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2 Ich erwarte, bestraft zu werden.</p> <p>3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.</p> <hr/> <p>7.) Selbstablehnung</p> <p>0 Ich halte von mir genauso viel wie immer.</p> <p>1 Ich habe Vertrauen in mich verloren.</p> <p>2 Ich bin von mir enttäuscht.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 3 Ich lehne mich völlig ab.</p> <hr/> <p>8.) Selbstvorwürfe</p> <p>0 Ich kritisiere oder tadle mich nicht mehr als sonst.</p> <p>1 Ich bin mir gegenüber kritischer als sonst.</p> <p>2 Ich kritisiere mich für all meine Mängel.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 3 Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert.</p> <hr/> <p>9.) Selbstmordgedanken</p> <p>0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.</p> <p>2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.</p> <p>3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte.</p> <hr/> <p>10.) Weinen</p> <p>0 Ich weine nicht öfter als früher.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 Ich weine jetzt mehr als früher.</p> <p>2 Ich weine beim geringsten Anlass.</p> <p>3 Ich möchte gern weinen, aber ich kann nicht.</p>		

11.) Unruhe

- ☒ Ich bin nicht unruhiger als sonst.
 1 Ich bin unruhiger als sonst.
 2 Ich bin so unruhig, dass es mir schwerfällt, still zu sitzen.
 3 Ich bin so unruhig, dass ich mich ständig bewegen oder etwas tun muss.

12.) Interessenverlust

- ☒ Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren.
 1 Ich habe weniger Interesse an anderen Menschen oder an Dingen als sonst.
 2 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder Dingen zum größten Teil verloren.
 3 Es fällt mir schwer, mich überhaupt für irgend etwas zu interessieren.

13.) Entschlussunfähigkeit

- ☒ Ich bin so entschlossen wie immer.
☒ Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen.
 2 Es fällt mir sehr viel schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen.
 3 Ich habe Mühe, überhaupt Entscheidungen zu treffen.

14.) Wertlosigkeit

- 0 Ich fühle mich nicht wertlos.
 1 Ich halte mich für weniger wertvoll und nützlich als sonst.
☒ Verglichen mit anderen Menschen fühle ich mich viel weniger wert.
 3 Ich fühle mich völlig wertlos.

15.) Energieverlust

- 0 Ich habe so viel Energie wie immer.
☒ Ich habe weniger Energie als sonst.
 2 Ich habe so wenig Energie, dass ich kaum noch etwas schaffen.
 3 Ich habe keine Energie mehr, um überhaupt noch etwas zu tun.

16.) Veränderungen der Schlafgewohnheiten

- 0 Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht verändert.
 1a Ich schlafe etwas mehr als sonst
 1b Ich schlafe etwas weniger als sonst.
 2a Ich schlafe viel mehr als sonst.
☒ Ich schlafe viel weniger als sonst.
 3a Ich schlafe fast den ganzen Tag.
 3b Ich wache 1-2 Stunden früher auf als gewöhnlich und kann dann nicht mehr einschlafen.

17.) Reizbarkeit

- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
 1 Ich bin reizbarer als sonst.
☒ Ich bin viel reizbarer als sonst.
 3 Ich fühle mich dauernd gereizt.

18.) Veränderungen des Appetits

- 0 Mein Appetit hat sich nicht verändert.
☒ Mein Appetit ist etwas schlechter als sonst.
 1b Mein Appetit ist etwas größer als sonst.
 2a Mein Appetit ist viel schlechter als sonst.
 2b Mein Appetit ist viel größer als sonst.
 3a Ich habe überhaupt keinen Appetit.
 3b Ich habe ständig Heißhunger.

19.) Konzentrationsschwierigkeiten

- 0 Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer.
 1 Ich kann mich nicht mehr so gut konzentrieren wie sonst.
☒ Es fällt mir schwer, mich längere Zeit auf irgend etwas zu konzentrieren.
 3 Ich kann mich überhaupt nicht mehr konzentrieren.

20.) Ermüdung oder Erschöpfung

- 0 Ich fühle mich nicht müde oder erschöpfter als sonst.
☒ Ich werde schneller müde oder erschöpft als sonst.
 2 Für viele Dinge, die ich üblicherweise tue, bin ich zu müde oder erschöpft.
 3 Ich bin so müde oder erschöpft, dass ich fast nichts mehr tun kann.

21.) Verlust an sexuellem Interesse

- ☒ Mein Interesse an Sexualität hat sich in letzter Zeit nicht verändert.
 1 Ich interessiere mich weniger für Sexualität als früher.
 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sexualität.
 3 Ich habe das Interesse an Sexualität völlig verloren.

Summe Seite 2:

12

Übertrag Seite 1:

19

Gesamt Seite 1+2:

31

FBB-DES-Fragebogen

DISYPS-II

Beurteilungsbogen für Eltern, Lehrer/-innen und Erzieher/-innen (FBB-DES)

Name des Kindes/Jugendlichen: _____

Alter: 15

Datum: 30.11.2015

beurteilt von: ☐ Vater ☒ Mutter ☐ Lehrer/-in ☐ Erzieher/-in

☐ anderer Person: _____

Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung die Zahl an, die angibt, wie zutreffend diese Beschreibung für das Kind bzw. die/den Jugendliche/-n ist.

Wenn nicht bekannt, bitte 0 ankreuzen.

1. Wirkt die meiste Zeit über traurig; erscheint beispielsweise häufig den Tränen nahe.
2. Wirkt die meiste Zeit über mürrisch, gereizt und schlecht gelaunt.
3. Hat die meiste Zeit über kein Interesse oder keine Freude an allen oder fast allen Tätigkeiten.
4. Wirkt die meiste Zeit über müde oder wie ohne jede Energie und erschöpft.
5. Macht den Eindruck, als denke sie/er immer wieder an den Tod oder daran, sich selbst umzubringen.
6. Hat versucht, sich das Leben zu nehmen.
7. Macht den Eindruck, als könne sie/er sich kaum konzentrieren.
8. Macht den Eindruck, als könne sie/er sich kaum zu einer Entscheidung durchringen.
9. Wirkt die meiste Zeit über unruhig, angespannt und wie getrieben.
10. Wirkt die meiste Zeit über in ihrem/seinem Denken oder Handeln verlangsamt.
11. Kann jede oder fast jede Nacht nur wenig schlafen.
12. Schläft jeden oder fast jeden Tag sehr viel.
13. Hat die meiste Zeit über kaum Appetit.
14. Hat in letzter Zeit ohne Diät deutlich an Gewicht verloren.
15. Hat die meiste Zeit einen zu großen Appetit.
16. Hat in letzter Zeit deutlich an Gewicht zugenommen.
17. Wirkt so, als habe sie/er kein Selbstvertrauen oder kein Selbstwertgefühl. Wirkt so, als fühle sie/er sich minderwertig oder als Versager.
18. Wirkt so als habe sie/er starke Schuldgefühle oder als mache sie/er sich Selbstvorwürfe ohne einen Grund.
19. Weint viel.
20. Wirkt hoffnungslos oder verzweifelt.
21. Ist nicht in der Lage, mit den alltäglichen Dingen des Lebens fertig zu werden (z. B. in der Schule oder zu Hause).
22. Wirkt mutlos und hoffnungslos im Hinblick auf die Zukunft.
23. Macht den Eindruck, als grüble sie/er viel über die Vergangenheit nach.

Wie zutreffend ist die Beschreibung?

gar nicht
ein wenig
weitgehend
besonders

0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

Bitte wenden

24. Zieht sich von anderen Menschen zurück und will für sich alleine sein.

25. Spricht wenig.

26. Zeigt bei Ereignissen oder bei Aktivitäten kaum Gefühlsregungen und Anteilnahme, an denen sie/er normalerweise stark beteiligt war.

27. Wacht morgens mindestens zwei Stunden früher auf als normalerweise.

28. Ist morgens besonders depressiv gestimmt, matt und erschöpft.

29. Bei Jugendlichen: Wirkt, als ob sie/er Interesse und Freude an Sexualität verloren hätte.

A1. Sie/er leidet unter den beschriebenen Problemen erheblich. (Falls keine Probleme, bitte 0 ankreuzen.)

A2. Die genannten Verhaltensprobleme beeinträchtigen die Beziehung zu anderen Menschen oder die schulische bzw. die berufliche Leistungsfähigkeit erheblich. (Falls keine Probleme, bitte 0 ankreuzen.)

Bitte umkreisen Sie jetzt jene Beschreibungen, die Probleme beschreiben, welche Sie als besonders belastend erleben!

Beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen (B1 bis B3), wenn zumindest eines der beschriebenen Probleme für das Kind bzw. die/den Jugendliche/-n zutrifft.

B1. Wie lange bestehen die beschriebenen Probleme durchgängig (ohne größere Unterbrechungen von mehreren Wochen mit normaler Stimmung)?

B2. Es gab früher schon einmal Phasen, in denen diese Probleme aufgetreten sind. Nach einiger Zeit verminderten sich dann diese Probleme.

B3. Die Probleme traten im Zusammenhang mit einem belastenden Ereignis auf (z. B. Verlust von Bezugspersonen). Bitte beschreiben:

Bitte beantworten Sie abschließend noch die folgenden 8 Fragen.

K1. Wirkt meistens glücklich.

K2. Kann sich über Kleinigkeiten freuen.

K3. Mag sich selbst.

K4. Ist stolz auf seine Fähigkeiten.

K5. Kann sich gut freuen.

K6. Hat viele Kontakte.

K7. Unternimmt mit anderen viele Dinge.

K8. Ist begeisterungsfähig.

Wie zutreffend ist die Beschreibung?

gar nicht
ein wenig
weitgehend
besonders

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

0 = weniger als 2 Wochen

1 = mindestens 2 Wochen

u. weniger als 1 Jahr

2 = mindestens 1 Jahr

3 = mindestens 2 Jahre

0 = stimmt nicht

1 = stimmt

0 = stimmt nicht

1 = stimmt

gar nicht
ein wenig
weitgehend
besonders

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

0 1 2 3

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Item	Wert
1	2
2	2
3	0
4	1
5	1
6	0
7	1
8	0
9	1
10	0
11	1
12	0
13	1
14	0
15	0
16	0
17	0
18	1
19	2
20	2
21	1
22	1
23	1
24	1
25	1
26	2
27	0
28	3
29	0

Skalen	Mittelwert
Gesamtskala	0,86206897

Ph 97-100 (KH, 30.1.15)

Normwerte BDI II

Kumulierter Anteil an Personen (Gesunde und Depressive) bezogen auf BDI-II Summenwerte

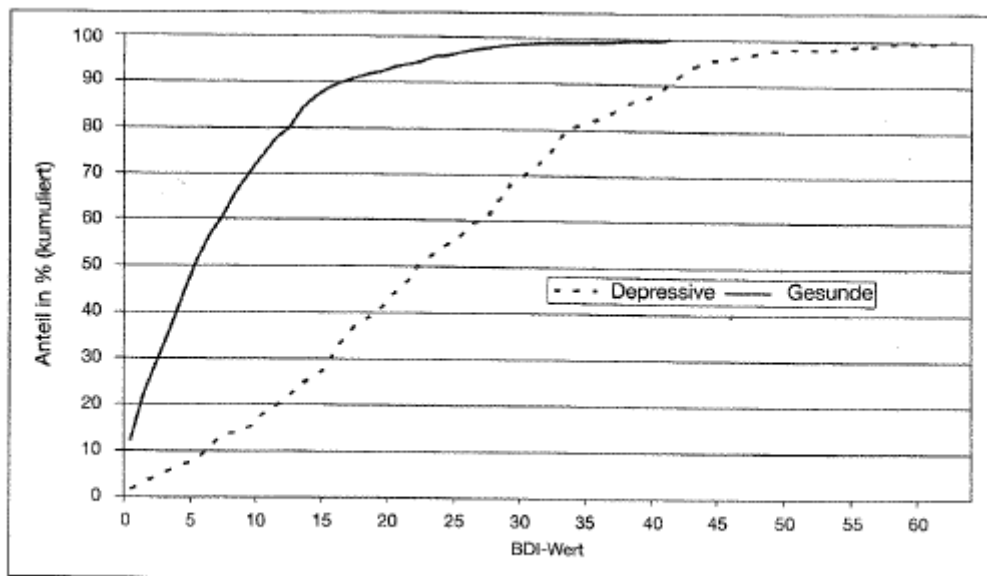


Abbildung 4: Kumulierter Anteil an Personen (Gesunde und Depressive) bezogen auf BDI II Summenwerte

BDI II Summenwerte für ausgewählte Prozentränge depressiver Patienten und Gesunder

Tabelle 11: BDI II Summenwerte für ausgewählte Prozentränge depressiver Patienten und Gesunder

Prozentrang	Depressive	Gesunde
10	6	0
20	11	1
25	13	2
30	15	3
35	16	3
40	18	3
45	20	4
50	22	5
55	24	6
60	27	7
65	28	8
70	30	9
75	32	10
80	33	12
85	37	13
90	41	17
95	44	23
99	55	34

Normtabellen Elternurteil FBB-DES bei Jungen

Tabelle A-4.3: Stanine-Normen **Jungen, 11;0–13;11 Jahre** (Elternurteil, FBB-DES)

Stanine (SN)	Prozentrang (PR)	Kennwerte Symptomstärke Gesamt _{DES}	Kennwerte Kompetenzstärke KOMP _{DES}
9	97–100	≥ 0.90	3.00
8	90–96	0.69–0.86	2.88
7	78–89	0.41–0.66	2.63–2.75
6	61–77	0.21–0.38	2.38–2.50
5	41–60	0.10–0.17	2.00–2.25
4	24–40	0.07	1.75–1.88
3	12–23	0.00–0.03	1.25–1.63
2	5–11	0	0.88–1.13
1	0–4	0	0.00–0.75

Anmerkung: klinisch auffällig.

Tabelle A-4.4: Stanine-Normen **Jungen, 14;0–17;11 Jahre** (Elternurteil, FBB-DES)

Stanine (SN)	Prozentrang (PR)	Kennwerte Symptomstärke Gesamt _{DES}	Kennwerte Kompetenzstärke KOMP _{DES}
9	97–100	≥ 0.86	3.00
8	90–96	0.48–0.83	2.88
7	78–89	0.28–0.45	2.63–2.75
6	61–77	0.17–0.24	2.38–2.50
5	41–60	0.07–0.14	2.00–2.25
4	24–40	0.03	1.88
3	12–23	0	1.38–1.75
2	5–11	0	0.88–1.25
1	0–4	0	0.00–0.75

Anmerkung: klinisch auffällig.

Normtabellen Elternurteil FBB-DES bei Mädchen

Tabelle A-4.7: Stanine-Normen **Mädchen, 11;0–13;11 Jahre** (Elternurteil, FBB-DES)

Stanine (SN)	Prozentrang (PR)	Kennwerte Symptomstärke Gesamt _{DES}	Kennwerte Kompetenzstärke KOMP _{DES}
9	97–100	≥ 0.79	3.00
8	90–96	0.52–0.76	2.75–2.88
7	78–89	0.28–0.48	2.63
6	61–77	0.17–0.24	2.38–2.50
5	41–60	0.10–0.14	2.13–2.25
4	24–40	0.03–0.07	2.00
3	12–23	0	1.75–1.88
2	5–11	0	1.25–1.63
1	0–4	0	0.00–1.13

Anmerkung: klinisch auffällig.

Tabelle A-4.8: Stanine-Normen **Mädchen, 14;0–17;11 Jahre** (Elternurteil, FBB-DES)

Stanine (SN)	Prozentrang (PR)	Kennwerte Symptomstärke Gesamt _{DES}	Kennwerte Kompetenzstärke KOMP _{DES}
9	97–100	≥ 0.79	3.00
8	90–96	0.52–0.76	2.88
7	78–89	0.34–0.48	2.63–2.75
6	61–77	0.17–0.31	2.50
5	41–60	0.10–0.14	2.25–2.38
4	24–40	0.03–0.07	2.00–2.13
3	12–23	0	1.50–1.88
2	5–11	0	1.25–1.38
1	0–4	0	0.00–1.13

Anmerkung: klinisch auffällig.

Antisuiizidvertrag vor TADS-Behandlung

18.11.14

Antisuiizid-Vertrag
zwischen [REDACTED]
& Frau Lucas.

Ich, [REDACTED] werde bis nach Abschluss der
8 Wochen-Therapie am Leben bleiben und mein Leben
auch nicht in jeglicher Hinsicht in Gefahr bringen.

Im Falle einer akuten Verschlechterung meines Gewüts
werde ich mich falls möglich an das diensthabende
Personal wenden und freundlich um Hilfe bitten.

18.11.14, 80933 München

Datum, Ort

[REDACTED]

Unterschrift

20.11.14

Frau Carola Grajales Lucas.

Antisuiizidvertrag

Wenn Leute sich sehr deprimiert fühlen, kommen ihnen eventuell Gedanken in den Kopf sich selbst zu verletzen oder sogar sich selbst zu töten. So genannte suizidale Gedanken oder Gefühle sind mögliche Symptome z.B. von einer Depression. Diese Gedanken oder dieser Druck kann behandelt werden, als ein Teil der Krankheit wegen der man in der Klinik ist. Dein Behandler wird Dich über solche Gedanken befragen um entscheiden zu können wie er Dir am besten helfen kann.

Es ist wichtig für Dich Dich frei zu fühlen diese Themen anzusprechen, wenn sie auftauchen. Für Deinen Therapeuten ist es notwendig, dass Ihr zwei gemeinsam mit Deinen Eltern diesen Vertrag über suizidale Gedanken und Handlungen ausfüllt.

In diesem Übereinkommen, möchten wir zunächst darauf schauen, ob Du jemals suizidale Gedanken oder Handlungen in der Vergangenheit hattest und was Dir in solchen Momenten geholfen hat diese wieder loszuwerden. Dann werden wir einen Plan machen für den Fall, dass solche Gedanken und Handlungen noch einmal auftauchen während wir miteinander arbeiten.

1. Beschreibe die Situation, wenn es jemals eine gegeben hat, die Dich suizidal hat fühlen lassen in der Vergangenheit. Wenn es mehrere gibt, denk an die schlimmste Situation.

2. Was hat zu einer Besserung in der Situation geführt? Welche Gedanken haben Dich besser fühlen lassen? Welche Leute konnten Dir helfen und wie? Gab es irgendetwas, was Du gemacht hast um Dich besser zu fühlen?

3. Was wird Dir in der Zukunft wahrscheinlich helfen, wenn Du Dich wieder suizidal fühlen solltest? Welche Gedanken können Dir wahrscheinlich helfen um die suizidalen Gedanken

oder den suizidalen Druck zu überwinden? Wen könntest Du ansprechen? Was wird der Plan sein?

Der Plan sollte die folgenden Schlüssel-Komponenten beinhalten:

Der Jugendliche verspricht keinen Suizid zu begehen; er verspricht seinem Therapeuten zu erzählen, wenn er suizidale Gedanken hat oder den Druck verspürt suizidale Handlungen zu begehen, während er in Behandlung ist.

(Für den Behandler: Jugendlicher hat dies versprochen _____)

Für den Fall, dass suizidale Gedanken oder der Druck nach suizidalen Handlungen außerhalb der Klinik auftreten sollten, verspricht der Jugendliche seine Eltern oder einen anderen Erwachsenen darüber zu informieren, so dass diese/r den Dienstarzt anrufen kann.

(Für den Behandler: Jugendlicher hat dies versprochen _____)

Der Jugendliche verspricht, dass, wenn niemand in einer solchen Situation, in der er sich suizidal fühlt, verfügbar ist, er selber den Dienstarzt der KJP oder auf Station anruft.

(Für den Behandler: Jugendlicher hat dies versprochen _____)

Die Eltern versprechen, dass der Jugendliche keinen Zugang zu Schusswaffen oder anderen tödlichen Waffen hat.

(Für den Behandler: Die Eltern haben dies versprochen _____)

Datum: _____

Unterschrift des Jugendlichen: _____ des Behandlers: _____

der Eltern: _____

Arbeitsblatt „Was ist Depression?“

(aus der 1. gemeinsamen Sitzung des TADS-Manuals „Behandlungsmodell und Zielsetzung“)

Was ist Depression?

Jeder erlebt mal Zeiten „schlechter“ Stimmung. Wenn wir schlecht gelaunt sind, fühlen wir uns traurig, unglücklich, gereizt, beleidigt oder sehr gelangweilt. Normalerweise erholen wir uns relativ schnell von schlechter Stimmung. Normalerweise wechselt unsere Stimmung in wenigen Stunden oder wenigen Tagen.

Jedoch fühlen wir uns manchmal für eine längere Zeit schlecht. Oder wir fühlen uns so schlecht, dass unsere Stimmung für zwei Wochen oder länger sehr viel schlechter ist als normalerweise. Zu solchen Zeiten nennt man das Stimmungsproblem „Depression“. Wenn man depressiv ist, kann man nicht mal eben schnell „ausbrechen“.

Depression ist eine Störung der **Stimmung** oder man kann auch sagen, eine Krankheit, die nicht nur beeinflusst, wie wir uns fühlen, sondern auch, wie wir denken, uns verhalten und mit anderen Menschen umgehen. Wir verlieren das **Interesse** an Dingen wie der Schule, Sport, Hobbys, Aktivitäten oder dem Zusammensein mit Freunden. Wir denken dann womöglich, dass wir uns nie wieder besser fühlen werden, dass wir die **Schuld** haben, wenn etwas schief läuft, obwohl wir in Wahrheit gar keine Schuld haben, und dass wir **keine wertvolle Person** sind.

Die Eltern haben dann vielleicht festgestellt, dass ihr Kind „launisch“ ist, unerklärliche **Stimmungsschwankungen** hat oder sehr schnell schlecht gelaunt ist ohne erkennbaren Grund.

Depression bei Jugendlichen führt oft dazu, dass diese viel Zeit **alleine** verbringen oder in ihrem Zimmer weit weg von anderen Menschen. Sie glauben, dass ihre Freunde denken, dass sie eine nicht besonders spaßige Gesellschaft sind, und es fällt ihnen sehr schwer, Dinge zu genießen. Wenn man ganz „down“ ist, denkt man vielleicht sogar daran, sich selbst zu verletzen oder sogar zu töten.

Depression hat auch einen Einfluss auf den körperlichen Zustand. Man hat Probleme mit dem **Schlafen** oder man schläft ganz viel, verliert seinen **Appetit** oder möchte am liebsten die ganze Zeit nur essen. Man hat **sehr wenig Energie**.

Man kann bei sich eine Depression erkennen, wenn man eine Kombination der folgenden Symptome hat:

Gefühlsebene	traurig oder gereizt gelangweilt oder nicht in der Lage, sich zu freuen sich schuldig fühlen
Gedankenebene	Konzentrations-, Erinnerungs- und/oder Entscheidungsprobleme starke Selbstkritik und Selbstzweifel Verlust des Interesses an Aktivitäten Gedanken an den Tod oder an Suizid
Verhalten	Weinen Vermeiden anderer Leute Rückzug ins eigene Zimmer langsame Bewegungen oder agitiertes Verhalten Selbstverletzung

Biologische Ebene	nicht schlafen können oder ununterbrochen schlafen wollen Appetit- oder Gewichtsverlust oder gesteigerter Appetit und Gewichtszunahme ständige Müdigkeit Verlust des sexuellen Interesses
-------------------	--

Die Gründe für eine Depression sind von Person zu Person verschieden. Normalerweise ist es eine Kombination aus verschiedenen Gründen.

1. Vererbung

Vielleicht hat man Eltern oder nahe Verwandte, die an einer Depression leiden, so dass ein biologisches Risiko für Depression eventuell vererbt wurde. Dies bedeutet natürlich nicht, dass man automatisch depressiv wird oder bleibt.

2. Schwierige Erfahrungen in der Vergangenheit

Manche, aber natürlich nicht alle Menschen, die depressiv werden, haben eine schwierige Erfahrung während des Heranwachsens gemacht, wie beispielsweise:

- Der Verlust eines Elternteils in der frühen Kindheit
- Ein ernsthaft kranker (auch psychisch kranker) Elternteil oder ein Elternteil, das Drogen oder Alkohol missbraucht
- Die Erfahrung vernachlässigt oder missbraucht worden zu sein.

3. Gedanken

Die Art und Weise, wie wir über die Dinge nachdenken, kann zur Depression beitragen:

- Der Fokus auf negative Erfahrungen und Nicht-Beachten positiver Erfahrungen
- Sich selbst herunterziehen
- Negative Annahmen über die Welt, andere Menschen und sich selber haben.

4. Schwierige Erfahrungen in der Gegenwart

Manchmal wird die Depression auch durch eine aktuelle schwierige Erfahrung ausgelöst, wie beispielsweise:

- Der Tod einer Person, die uns sehr nahe steht
- In der Schule oder im Sport nicht so gut zu sein, wie man gerne wäre
- Ein Umzug oder Schulwechsel
- In einer Beziehung feststecken, die einen unglücklich macht oder die missbräuchlich ist
- Trennung vom Freund/ der Freundin

Wenn wir einmal depressiv sind, beeinträchtigt die Depression unser Leben. Z.B. ist es schwieriger, sich in der Schule zu konzentrieren, mit Freunden zusammen zu sein oder mit den Eltern zu sprechen. Wir lernen dann, auf negative Weise mit Stress umzugehen, wie z.B. dass wir uns zurückziehen und aufhören, die Dinge zu tun, an denen wir normalerweise Spaß haben. Aber eine wirkungsvolle Behandlung hilft, wieder positiven Umgang mit Stress zu lernen und die Depression zu überwinden. Diese Behandlung wollen wir anbieten.

Arbeitsblatt „Leserbrief #2“

(aus der 4. Einzelsitzung des TADS-Manuals „Problemlösen“)

Brief #2:

Lieber Problemlöser,

dieses Jahr habe ich an einer neuen Schule angefangen. Dort sind viele Kinder sehr hochnäsig. Es fällt mir schwer, an der Schule Freunde zu finden. Bis jetzt war Maria am nettesten zu mir und ist daher meine beste Freundin hier.

Maria und ihre Freundinnen gehen gern ins Einkaufszentrum am Freitag nach der Schule und letzte Woche haben sie mich eingeladen mitzukommen. Eine Sache, die sie gerne machen, ist kleine Sachen klauen. Maria hat schon Zigaretten aus dem Kiosk dort geklaut. Ihre andere Freundin, Clare, hat eine CD aus einem Musikladen mitgehen lassen. Sie hören nicht auf, mich zu fragen, ob ich ein zu großer Feigling bin, um auch etwas zu klauen. Jetzt haben sie mich eingeladen, mit ihnen am Freitag zu einer Party zu gehen und Samstag Nachmittag „shoppen“ zu gehen.

Ich weiß nicht, was ich machen soll. Ich will nicht meine einzigen Freunde verlieren, aber ich habe ziemlich viel Angst, dass ich erwischt werde und großen Ärger bekomme.

Was soll ich machen?

Liebe Grüße,

die einsame Elisa

Arbeitsblatt „Leserbrief #9“

(aus der 5. Einzelsitzung vom TADS-Manual „Automatische Gedanken“)

Brief #9:

Lieber Problemlöser,

was soll ich mit meiner Freundin machen? Sie will einfach kein Musikinstrument lernen. Ich liebe Musik und ich liebe es, selber Musik zu machen. Was die Sache noch schlimmer macht, ist, dass sie mit mir schlafen möchte.

Meine Lehrer sind das nächste Problem. Die beste Art und Weise zu lehren, ist Vorträge zu halten. Aber einige von denen machen die ganze Zeit Gruppenarbeit mit uns.

Dann ist da noch das Problem mit meinem Vater. Was ist der für ein Typ, wenn er nicht Fußball schaut? Ich habe noch nie von einem Kerl gehört, der nicht Fußballfan ist. Und meine Mutter kann nicht richtig kochen. Sie hat daran keine Freude und überlässt es daher immer meinem Vater. Das ist doch echt erbärmlich.

Das Schlimmste ist, dass ich mit mir selber sehr unzufrieden bin. Ich komme nicht über die Note 2 hinaus, in allen Fächern. Ich brauche für den 100m Sprint noch immer über 11 Sekunden. Und ich kann niemanden davon überzeugen das zu tun, was sie tun sollten. Ich sollte das aber doch können.

Was soll ich machen?

Liebe Grüße,

der ehrgeizige Emil

Arbeitsblatt „Kognitive Verzerrungen“

(aus der 5. Einzelsitzung vom TADS-Manual “Automatische Gedanken und kognitive Verzerrungen”)

Kognitive Verzerrungen

1. Schwarz-Weiß-Denken

Du nimmst die Dinge entweder als perfekt oder schrecklich wahr. Oder Du findest die Menschen entweder alle gut oder alle schlecht. Du bist „grau-blind“.



2. Katastrophisieren

Du reagierst auf eine Enttäuschung oder einen Misserfolg, als wenn es das Ende der Welt wäre.



3. Voreiliges Schlussfolgern

Du nimmst etwas an, ohne zu überprüfen, ob es stimmt. Du entscheidest, dass Dich jemand nicht mag, aber Du fragst nicht nach, oder Du entscheidest, dass schlimme Dinge geschehen werden, obwohl es keinerlei Anzeichen dafür gibt.



4. Das Positive übersehen

Du achtest nicht auf positive Erfahrungen oder Du weist sie zurück oder sagst, dass sie „irgendwie nicht zählen“.

5. Mein Fehler

Du übernimmst die Verantwortung für Dinge, die gar nichts mit Dir zu tun haben, über die Du gar nicht die Kontrolle hast.



6. „Sollte...“

Du bist ganz außer Dir oder kritisierst andere Leute bezüglich Dingen, die unbedingt von Dir oder von Ihnen gemacht werden sollten oder müssten.

Evaluation der Zufriedenheit nach der TADS-Behandlung

Von einer Skala 1 bis 10...

...wie gut hat dir das Programm gefallen? 9,5

... wie hilfreich hast du das Programm gefunden? 10

Gut war: • wie persönlich die Atmosphäre war
→ Vertrauen fällt leichter
• Methoden gut anzuwenden

Nicht so gut war:

Welche Skills haben sich als hilfreich für dich herausgestellt? Warum? (Nützlichkeit, Anwendung...)

1. Stimmungsbeobachtung

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Erkennen kognitiver Verzerrungen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Ziele setzen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Realistisches Denken

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Steigerung angenehmer Aktivitäten

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Problemlösen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sonstige Kritik, Anregungen, Verbesserungsvorschläge:

Vielen Dank für deine Teilnahme!!

Ergebnisse: explorative Datenanalyse

Deskriptive Statistik BDI-Werte

			BDI_T-1 (N = 5)	BDI_T0 (N = 12)	BDI_T1 (N = 12)	BDI_T2 (N = 12)	BDI_T3 (N = 11)	BDI_T4 (N = 11)	BDI_T5 (N = 11)	BDI_T6 (N = 11)	BDI_T7 (N = 11)	BDI_T8 (N = 11)
Mittelwert	Statistik		23,80	29,33	24,17	21,50	20,18	17,45	16,45	14,64	13,36	11,55
	Standardfehler		4,352	2,426	4,318	3,892	4,308	3,776	3,937	4,185	4,501	4,531
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	Statistik	11,72	23,99	14,66	12,93	10,58	9,04	7,68	5,31	3,33	1,45
	Obergrenze	Statistik	35,88	34,67	33,67	30,07	29,78	25,87	25,23	23,96	23,39	21,64
5% getrimmtes Mittel	Statistik		23,50	29,04	23,80	20,94	19,26	16,39	15,23	13,26	11,74	9,88
Median	Statistik		21,00	26,50	20,50	18,50	16,00	15,00	11,00	10,00	9,00	7,00
Varianz	Statistik		94,700	70,606	223,788	181,727	204,164	156,873	170,473	192,655	222,855	225,873
Standardabweichung	Statistik		9,731	8,403	14,960	13,481	14,289	12,525	13,057	13,880	14,928	15,029
Minimum	Statistik		14	19	5	4	4	4	4	2	2	0
Maximum	Statistik		39	45	50	49	53	50	51	52	54	53
Spannweite	Statistik		25	26	45	45	49	46	47	50	52	53
Interquartilbereich	Statistik		17	12	24	21	19	12	8	11	12	15
Schiefe	Statistik		1,079	,958	,643	,803	1,192	1,823	2,082	2,215	2,325	2,434
	Standardfehler		,913	,637	,637	,637	,661	,661	,661	,661	,661	,661
Kurtosis	Statistik		,907	-,042	-,634	,123	1,746	4,717	5,158	5,749	6,113	6,608
	Standardfehler		2,000	1,232	1,232	1,232	1,279	1,279	1,279	1,279	1,279	1,279

Deskriptive Statistik FBB-DES-Werte

			FBB- DES_T-1 (N = 4)	FBB- DES_T0 (N = 10)	FBB- DES_T1 (N = 10)	FBB- DES_T2 (N = 9)	FBB- DES_T3 (N = 9)	FBB- DES_T4 (N = 9)	FBB- DES_T5 (N = 9)	FBB- DES_T6 (N = 9)	FBB- DES_T7 (N = 10)	FBB- DES_T8 (N = 10)
Mittelwert	Statistik		,86200	,73780	,74090	,59722	,53211	,49378	,44378	,40922	,39950	,34490
	Standardfehler		,240958	,190181	,222479	,208645	,192756	,191261	,177640	,177254	,179435	,161200
95%	Untergrenze	Statistik	,09516	,30758	,23762	,11609	,08762	,05273	,03414	,00047	-,00641	-,01976
Konfidenzintervall des Mittelwerts	Obergrenze	Statistik	1,62884	1,16802	1,24418	1,07836	,97661	,93483	,85342	,81797	,80541	,70956
5% getrimmtes Mittel	Statistik		,86011	,71033	,69872	,56208	,48590	,44903	,40309	,36086	,34428	,29683
Median	Statistik		,84500	,81000	,72350	,48200	,44800	,34400	,13700	,13700	,12000	,05100
Varianz	Statistik		,232	,362	,495	,392	,334	,329	,284	,283	,322	,260
Standardabweichung	Statistik		,481916	,601404	,703542	,625934	,578268	,573783	,532920	,531761	,567424	,509760
Minimum	Statistik		,310	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,034	,000	,000
Maximum	Statistik		1,448	1,970	2,241	1,827	1,896	1,793	1,620	1,655	1,793	1,555
Spannweite	Statistik		1,138	1,970	2,241	1,827	1,896	1,793	1,620	1,621	1,793	1,555
Interquartilbereich	Statistik		,931	,935	1,043	,862	,587	,639	,690	,587	,646	,664
Schiefe	Statistik		,182	,690	,963	1,326	1,897	1,775	1,516	1,909	1,926	1,707
	Standardfehler		1,014	,687	,687	,717	,717	,717	,717	,717	,687	,687
Kurtosis	Statistik		-,398	,578	,919	,754	4,097	2,960	2,185	3,769	3,876	2,899
	Standardfehler		2,619	1,334	1,334	1,400	1,400	1,400	1,400	1,400	1,334	1,334

Berechnungen für Prä-Post-Vergleich: Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test

Ränge

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
BDI _{T8} - BDI _{T0}	Negative Ränge	10 ^a	5,90	59,00
	Positive Ränge	1 ^b	7,00	7,00
	Bindungen	0 ^c		
	Gesamt	11		
FBB-DES _{T8} - FBB-DES _{T0}	Negative Ränge	9 ^d	6,00	54,00
	Positive Ränge	1 ^e	1,00	1,00
	Bindungen	0 ^f		
	Gesamt	10		

a. BDI_{T8} < BDI_{T0}

b. BDI_{T8} > BDI_{T0}

c. BDI_{T8} = BDI_{T0}

d. FBB-DES_{T8} < FBB-DES_{T0}

e. FBB-DES_{T8} > FBB-DES_{T0}

f. FBB-DES_{T8} = FBB-DES_{T0}

Statistik für Test^a

	BDI _{T8} - BDI _{T0}	FBB-DES _{T8} - FBB-DES _{T0}
Z	-2,313 ^b	-2,703 ^b
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,021	,007
Exakte Signifikanz (2-seitig)	,017	,004
Exakte Signifikanz (1-seitig)	,008	,002
Punkt-Wahrscheinlichkeit	,001	,001

a. Wilcoxon-Test

b. Basiert auf positiven Rängen.

Berechnungen für Multiple-Points-Vergleich: Friedman-Test

Deskriptive Statistiken

	N	Mittelwert	Standardabweichung		Minimum	Maximum	Perzentile		
							25.	50. (Median)	75.
BDI _{T0}	11	30,00	8,473		19	45	23,00	27,00	36,00
BDI _{T1}	11	25,09	15,326		5	50	16,00	21,00	42,00
BDI _{T2}	11	22,64	13,522		4	49	16,00	20,00	33,00
BDI _{T3}	11	20,18	14,289		4	53	8,00	16,00	27,00
BDI _{T4}	11	17,45	12,525		4	50	10,00	15,00	22,00
BDI _{T5}	11	16,45	13,057		4	51	10,00	11,00	18,00
BDI _{T6}	11	14,64	13,880		2	52	6,00	10,00	17,00
BDI _{T7}	11	13,36	14,928		2	54	3,00	9,00	15,00
BDI _{T8}	11	11,55	15,029		0	53	2,00	7,00	17,00

Ränge

	Mittlerer Rang
BDI _{T0}	7,68
BDI _{T1}	6,14
BDI _{T2}	6,27
BDI _{T3}	6,27
BDI _{T4}	4,68
BDI _{T5}	4,82
BDI _{T6}	3,82
BDI _{T7}	3,14
BDI _{T8}	2,18

Statistik für Test^{a,b}

N	11
Chi-Quadrat	36,738
df	8
Asymptotische Signifikanz	,000

a. Einige oder alle exakten Statistiken können nicht berechnet werden, da nicht genügend Speicherplatz vorhanden ist.

b. Friedman-Test

Deskriptive Statistiken

	N	Standarda				Perzentile		
		Mittelwert	bweichung	Minimum	Maximum	25.	50. (Median)	75.
FBB-DEST ₀	7	,96029	,583503	,000	1,970	,758	,930	1,172
FBB-DEST ₁	7	,88129	,739261	,000	2,241	,275	,965	1,206
FBB-DEST ₂	7	,70400	,674147	,000	1,827	,172	,482	1,448
FBB-DEST ₃	7	,62029	,634465	,000	1,896	,103	,482	,896
FBB-DEST ₄	7	,56614	,638675	,000	1,793	,068	,379	1,034
FBB-DEST ₅	7	,53629	,577622	,000	1,620	,068	,482	,758
FBB-DEST ₆	7	,49686	,579923	,034	1,655	,068	,344	,758
FBB-DEST ₇	7	,52671	,647161	,000	1,793	,000	,413	,827
FBB-DEST ₈	7	,48300	,561339	,000	1,555	,000	,448	,689

Ränge

	Mittlerer Rang
FBB-DEST ₀	7,36
FBB-DEST ₁	7,36
FBB-DEST ₂	6,00
FBB-DEST ₃	5,43
FBB-DEST ₄	4,00
FBB-DEST ₅	4,36
FBB-DEST ₆	3,86
FBB-DEST ₇	3,43
FBB-DEST ₈	3,21

Statistik für Test^{a,b}

N	7
Chi-Quadrat	21,132
df	8
Asymptotische Signifikanz	,007

a. Einige oder alle exakten Statistiken können nicht berechnet werden, da nicht genügend Speicherplatz vorhanden ist.

b. Friedman-Test

Statistik für Post-Hoc-Wilcoxon-Test (nach aufsteigendem p-Wert sortiert)

Paare	Z	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	Punkt- Wahrscheinlichkeit	Rang folge	Angepasste Signifikanz (Bonferroni-Holm)
BDI_T8 - BDI_3	-2,812 ^b	,000977	,001953	,00492	,001	1	,00138
BDI_7 - BDI_3	-2,655 ^b	,002930	,006	,008	,002	2	,00143
BDI_T8 - BDI_2	-2,580 ^b	,003418	,007	,010	,001	3	,0015
BDI_T8 - BDI_5	-2,585 ^b	,004	,008	,010	,002	4	,0015
BDI_T8 - BDI_4	-2,536 ^b	,004	,009	,011	,002	5	,0016
BDI_6 - BDI_3	-2,542 ^b	,004	,009	,011	,001	6	,0016
BDI_6 - BDI_2	-2,407 ^b	,006	,013	,016	,002	7	,0017
BDI_7 - BDI_2	-2,404 ^b	,007	,015	,016	,003	8	,0017
BDI_T8 - BDI_6	-2,403 ^b	,008	,016	,016	,004	9	,0018
BDI_T8 - BDI_0	-2,313 ^b	,008	,017	,021	,001	10	,0019
BDI_5 - BDI_3	-2,363 ^b	,008	,017	,018	,003	11	,0019
BDI_5 - BDI_2	-2,269 ^b	,010254	,021	,023	,002	12	,002
BDI_T8 - BDI_1	-2,269 ^b	,011	,021	,023	,003	13	,0021
BDI_4 - BDI_T0	-2,223 ^b	,012	,024	,026	,003	14	,0022
BDI_4 - BDI_3	-2,203 ^b	,014	,027	,028	,006	15	,0023
BDI_5 - BDI_T0	-2,136 ^b	,015	,029	,033	,001	16	,0024
BDI_4 - BDI_2	-2,148 ^b	,015	,029	,032	,002	17	,0025
BDI_6 - BDI_T0	-2,093 ^b	,017	,033	,036	,001	18	,0026
BDI_7 - BDI_T0	-2,091 ^b	,017	,033	,037	,002	19	,0028
BDI_7 - BDI_1	-2,046 ^b	,020	,040	,041	,003	20	,0029
BDI_6 - BDI_1	-2,002 ^b	,023	,047	,045	,005	21	,0031
BDI_3 - BDI_T0	-1,958 ^b	,025	,050	,050	,002	22	,0033
BDI_T8 - BDI_7	-2,025 ^b	,025	,051	,043	,012	23	,0036
BDI_7 - BDI_4	-1,961 ^b	,026	,053	,050	,005	24	,0038
BDI_4 - BDI_1	-1,827 ^b	,035	,070	,068	,004	25	,0042
BDI_2 - BDI_T0	-1,767 ^b	,042	,084	,077	,008	26	,0045
BDI_5 - BDI_1	-1,735 ^b	,043	,086	,083	,003	27	,005
BDI_3 - BDI_2	-1,722 ^b	,043	,086	,085	,002	28	,0056
BDI_1 - BDI_T0	-1,727 ^b	,044	,088	,084	,004	29	,0062
BDI_7 - BDI_5	-1,743 ^b	,044	,089	,081	,010	30	,0071
BDI_6 - BDI_4	-1,493 ^b	,077	,154	,136	,018	31	,0083
BDI_5 - BDI_4	-1,195 ^b	,125	,250	,232	,016	32	0,01
BDI_6 - BDI_5	-1,234 ^b	,126	,252	,217	,016	33	,0125
BDI_7 - BDI_6	-1,179 ^b	,126	,252	,238	,013	34	,0167
BDI_3 - BDI_1	-,980 ^b	,179	,357	,327	,017	35	,025
BDI_2 - BDI_1	-,847 ^b	,212	,424	,397	,012	36	,05

Z: Basiert auf positiven Rängen

Paare	Z	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Asymptotisch e Signifikanz (2-seitig)	Punkt- Wahrschei lichkeit	RF	Angepasste Signifikanz (Bonferroni-Holm)
FBB_DES_T0 - FBB_DES_T8	-2,703 ^b	,001953	,004	,007	,001	1	,00138
FBB_DES_1 - FBB_DES_T8	-2,606 ^b	,00396	,008	,009	,003	2	,00143
FBB_DES_T0 - FBB_DES_6	-2,429 ^b	,006	,012	,015	,002	3	,0015
FBB_DES_5 - FBB_DES_T8	-2,497 ^b	,006	,012	,013	,004	4	,0015
FBB_DES_T0 - FBB_DES_5	-2,366 ^b	,008	,016	,018	,008	5	,0016
FBB_DES_1 - FBB_DES_4	-2,380 ^b	,008	,016	,017	,004	6	,0016
FBB_DES_2 - FBB_DES_4	-2,366 ^b	,008	,016	,018	,008	7	,0017
FBB_DES_1 - FBB_DES_6	-2,310 ^b	,009766	,020	,021	,004	8	,0017
FBB_DES_1 - FBB_DES_7	-2,253 ^b	,012	,023	,024	,004	9	,0018
FBB_DES_T0 - FBB_DES_7	-2,192 ^b	,014	,027	,028	,004	10	,0019
FBB_DES_1 - FBB_DES_3	-2,197 ^b	,016	,031	,028	,008	11	,0019
FBB_DES_1 - FBB_DES_5	-2,197 ^b	,016	,031	,028	,008	12	,002
FBB_DES_T0 - FBB_DES_4	-1,960 ^b	,027	,055	,050	,008	13	,0021
FBB_DES_3 - FBB_DES_T8	-1,897 ^b	,029	,059	,058	,004	14	,0022
FBB_DES_2 - FBB_DES_T8	-1,958 ^b	,029	,059	,050	,012	15	,0023
FBB_DES_T0 - FBB_DES_3	-1,820 ^b	,039	,078	,069	,012	16	,0024
FBB_DES_2 - FBB_DES_7	-1,859 ^b	,039	,078	,063	,016	17	,0025
FBB_DES_3 - FBB_DES_7	-1,838 ^b	,039	,078	,066	,012	18	,0026
FBB_DES_3 - FBB_DES_6	-1,752 ^b	,043	,086	,080	,008	19	,0028
FBB_DES_2 - FBB_DES_6	-1,682 ^b	,051	,102	,092	,012	20	,0029
FBB_DES_2 - FBB_DES_5	-1,572 ^b	,078	,156	,116	,031	21	,0031
FBB_DES_T8 - FBB_DES_7	-1,424 ^c	,092	,184	,154	,020	22	,0033
FBB_DES_4 - FBB_DES_T8	-1,365 ^b	,096	,191	,172	,012	23	,0036
FBB_DES_3 - FBB_DES_5	-1,363 ^b	,109	,219	,173	,031	24	,0038
FBB_DES_3 - FBB_DES_4	-1,185 ^b	,133	,266	,236	,016	25	,0042
FBB_DES_4 - FBB_DES_7	-1,185 ^b	,141	,281	,236	,023	26	,0045
FBB_DES_T0 - FBB_DES_2	-1,126 ^b	,156	,313	,260	,035	27	,005
FBB_DES_4 - FBB_DES_6	-1,120 ^b	,156	,313	,263	,031	28	,0056
FBB_DES_1 - FBB_DES_2	-1,016 ^b	,180	,359	,310	,023	29	,0062
FBB_DES_5 - FBB_DES_6	-,841 ^b	,234	,469	,400	,031	30	,0071
FBB_DES_4 - FBB_DES_5	-,736 ^b	,250	,500	,462	,016	31	,0083
FBB_DES_6 - FBB_DES_T8	-,654 ^b	,271	,543	,513	,027	32	0,01
FBB_DES_6 - FBB_DES_7	-,632 ^c	,293	,586	,528	,031	33	,0125
FBB_DES_2 - FBB_DES_3	-,412 ^b	,406	,813	,680	,125	34	,0167
FBB_DES_5 - FBB_DES_7	-,281 ^b	,422	,844	,779	,047	35	,025
FBB_DES_T0 - FBB_DES_1	-,237 ^b	,424	,848	,813	,027	36	,05

a. Wilcoxon-Test; b. Basiert auf negativen Rängen; c. Basiert auf positiven Rängen.

Danksagung

This is our last dance

This is ourselves

Under pressure

(D. Bowie & F. Mercury)

Ohne die hervorragende Unterstützung zahlreicher Personen wäre diese Promotionsarbeit nicht zustande gekommen. Mein Dank gilt zunächst Herrn Prof. Schulte-Körne für die Überlassung des Themas, seine konstruktiven Anregungen und die verständnisvolle Unterstützung. Für die inhaltliche Ausrichtung danke ich Dres. Kathrin Pietsch und Belinda Platt, die mir mit offenem Ohr und offenem Lächeln beiseite standen. Besonders verbunden bin ich dem Team der Ambulanz (*et al.*) für ein aufschlussreiches 2015 *intra et extra muros*: Dem Ambulanzsekretariat danke ich für seinen außerordentlichen Einsatz bei der Teilnehmerrekrutierung; meinen Kolleginnen aus den psychologischen, ärztlichen und sozialpädagogischen Bereichen für die stets wertvolle Unterstützung bei der Diagnostikdurchführung und den fachlichen Beistand. Auch möchte ich den Schreibbüromitarbeiterinnen für die Unterstützung bei der Dokumentation der Sitzungen danken. Sven Busch danke ich für seine geduldige Hilfsbereitschaft, seine fachlichen Hinweise in EDV-Angelegenheiten und seine Toleranz im Computer-Sharing. Für ihre wissenschaftliche Unterstützung danke ich den Kollegen der Forschung, insbesondere Stefan Haberstroh für die Statistikanregungen. Ein besonderer Dank gilt Dr. Michael Frey für sein professionelles und wertvolles Lektorat, welches wesentlich zum erfolgreichen Abschluss dieser Arbeit beigetragen hat. Für die kompetente und zügige englischsprachige Supervision sei Herrn Matthias Tischler bedankt. Mein Dank gilt auch allen Jugendlichen und ihren Familien, die durch ihr Vertrauen und ihre Teilnahme diese Studie ermöglicht haben. A mi familia (hermano, primas, tías...

abuelos que se fueron pero siguen estando) y a mis amigos *here & there* por su respaldo moral y humano, por creer en mí y en la finalización de esta tesis doctoral. Se os añora y se os quiere. A mis padres María Teresa y Antonio por su apoyo incondicional en esto y en todo. Mi agradecimiento final es para el Dr. Michael G. Hösl por sus incansables cuidados, cariño y comprensión; por facilitar la ejecución de este proyecto de mil y dos maneras... y a Teresa por entorpecerla de la manera más dulce: naciendo.

Lebenslauf

Name: Teresa Ariadna García-Grajalva Lucas
Geboren am 23.11.1983 in Alicante, Spanien

Berufliche Erfahrung

Seit 2018 **Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München**, in Facharztweiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie:
Konsiliardienst Klinikum München-Schwabing für Psychiatrie & Neurologie
07/2018 – 10/2019 Institutsambulanz mit Schwerpunkt Störungen der sozialen Interaktion / Autismus-Spektrum-Störungen
11/2019 – 05/2020 Tagklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit Schwerpunkt Schematherapie
06/2020 - 05/2021 Beschützte Akut- und Intensivstation
Seit 06/2021 Neurologische Ambulanz mit Schwerpunkt Bewegungsstörungen

2010 - 2018 **Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des LMU-Universitätsklinikums München**
04/2013 - 03/2018 Institutsambulanz (Elternzeit 08/2016 - 12/2017)
04/2012 - 03/2013 Stationärer Bereich mit Schwerpunkt Essstörungen
10/2010 - 09/2011 Tagesklinik

2017 **Praxis für KJPP Dr. med. G. Rogler, München**

2011 – 2012 **Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München**
Stationärer Bereich (Privatstation)

2010 **Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, kbo Isar-Amper-Klinikum Ost, Haar bei München**
Stationär-geschützter Bereich

2008 - 2010 **Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Kliniken St. Elisabeth, Neuburg an der Donau**
Stationärer, teilstationärer und ambulanter Bereich

2006 - 2008 **Lycée Français Pierre Deschamps, Alicante**
Schulärztin im Rahmen eines Modellprogramms der Stadt Alicante

Ausbildung

Seit 2013 Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Bayerische Landesärztekammer

2009 – 2013 Psychotherapie-Ausbildung (Verhaltenstherapie), CIP München

2008 Ärztliche Approbation, BLÄK

2005 - 2006 Sokrates/Erasmus-Austauschstipendium
11. - 12. Hochschulse semester an der Medizinischen Fakultät, Universität zu Köln

2000 - 2005 Studium der Humanmedizin an der Universität Miguel Hernández in Alicante

1989 - 2000 Besuch des *Lycée Français d' Alicante*
Abschlussprüfungen: *Baccalauréat* & *Selectividad* (französisches und spanisches Äquivalent zum deutschen Abitur)

Akademische Auszeichnungen

2000 Laureatin in Spanischer Literatur im *Concours Général des Lycées*
1999 Sprachstipendium in Bremen, IVAJ-Institut für Jugend

Musikausbildung

1995 - 2002 Mittelstufe in klassischer Gitarre, Chor und Musiklehre, Oscar- Esplá-Musikhochschule, Alicante

Sprachzertifikate

2010 Goethe-Zertifikat C2 - Großes Deutsches Sprachdiplom, Goethe-Institut
2005 *Diplôme en langue française* DELF DALF (bis Stufe C1), Institut Français
1998 Zertifikat *Cambridge-English: Advanced CAE (C1 Advanced)*, Cambridge University Press/Cambridge Assessment English
1997 Zertifikat *First Certificate in English FCE (B2 First)*, Cambridge University

Freizeitinteressen

Musik, Literatur, Filme, Reisen, Fotografie, Sprachen